ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN FINANCIERA DIRECCIÓN FINANCIERA SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR			
	Código:	SDS-FIN-FT-038	Versión:	6
	Elaborado por: Luisa Dudley Roldan ,Nairo Sandoval, Angelica Medina /Revisado por: Julio Martín González/ Aprobado por: Raúl Alberto Bru Vizcaino			

EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) CERTIFICA(N)

El cumplimiento del objeto del contrato o convenio para el trámite de pago, bajo las siguientes condiciones:

Número y vigencia del contrato o convenio:	*4116845 -2022*		**Número (s) del Proyecto:**	*7828*	
Plazo de ejecución:	*5 meses*		**Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:**	*SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA*	
Nombre / razón social del Contratista:	*FREDDY VICENTE NIETO MORENO*		**Número de Nit o cédula:**	*80072853*	
Periodo Certificado (Fechas):	*del 21/10/2022 al 31/10/2022*		**Porcentaje de pago:**	*6,67%*	
Condiciones que se cumplen para este pago:	*Según informe de actividades aprobado por el Supervisor para el periodo antes certificado y cuyos soportes reposan en el archivo fisico del contrato de la Subdirección de Contratación".*				
Objeto contractual:	*Prestar servicios profesionales especializados para el apoyo a la supervisión de los convenios interadministrativos celebrados para la implementación de las explosiones, procedimientos, actividades colectivas e individuales de alta externalidad y gestión de insumos, del plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC y las de apoyo a la Gestión de la Salud Pública - GSP, en los componentes técnico, administrativo, operativo y financiero.*				
Valor inicial	*$31.573.500*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$31.573.500*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*$31.573.500*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$31.573.500*
Valor a cancelar:	*Dos millones ciento cuatro mil novecientos pesos m/cte*			*Registrar el valor a cancelar certificado en números $ 2.104.900*	
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*21/10/2022*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**	*20/03/2023*	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:					
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :					
Otro tipo de modificaciones contractuales	*Concepto:*				
Valor ejecutado:	*$2.104.900*		**Saldo por ejecutar:**	*$29.468.600*	
Porcentaje de ejecución:	*6,67%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	*N/A*	**Número de pago:**	*Primero*
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	*CDP 6139/2022 y CRP 5738/2022 por valor de: $ 31.573.500*			**Fuente de financiación:**	*1-100-F001 VA-Recursos Distrito*
Cuenta Bancaria	*Banco Caja Social*	*Ahorros*	*24083812691*	***Nota:*** *Los datos corresponden a la certificacion bancaria que hacen parte de la etapa pre-contractual (según lista de chequeo SDS-CON-FT-012) validada por la Dirección Financiera. En el caso de cambiar cuenta bancaria, anexar la nueva certificación no superior a 30 dias, e informar al àrea de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualización en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*1.Formato SDS-CON-FT-014 V.5 Informe parcial y/o final de actividades especificas, obligaciones del contratista servicios profesionales y apoyo a la gestión SDS – FFDS, 2. CD, soportando las evidencias de las actividades desarrolladas, 3.Planilla integrada de autoliquidación de aportes*			**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* SI X NO
Observaciones :					

La presente certificación se expide a los: autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobaciòn de los requisitos legales correspondientes a la factura, ejecución de actividades y/o entrega de elementos dentro de la vigencia pactada y demás obligaciones señaladas en el Manual de Contratación de la SDS - FFDS y según lo establecido en la minuta contractual.

Nombre del Supervisor (es) y Firma: ANDREA YISET LÓPEZ HERNÁNDEZ

Cargo SUBDIRECTORA DE GESTIÓN Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):				
Referente(s) Financiero(s):				