

<div><div><div>Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado</div></div><div></div></div> <div>CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO</div>																	
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO:												FECHA:	14	3	2024		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DATA FILE S.A															
IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:		830.022.818-3			No. DE CONTRATO/ORDEN DE COMPRA Y AÑO:			017-2023		OTROS No.		1					
DEPENDENCIA VINCULADA CON EL CONTRATO:					Secretaría General – Administrativa												
TIPO DE PERSONA:		JURÍDICA			NÚMERO DE EXPEDIENTE VIRTUAL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ORFEO:					2022200080300001E							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTACION DE SERVICIOS DE GESTION DOCUMENTAL PARA LA AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURIDICA DEL ESTADO															
FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO:		1/02/2023		FECHA DE INICIO:		1/02/2023			FECHA DE FIN:		30/06/2024						
MODIFICACIONES DEL CONTRATO (marque con una X según corresponda)				SI		NO	X	No. DE CDP:		1724		No. DE RP:		1724			
CLASE DE MODIFICACIÓN (marque con una X según corresponda)																	
ADICIÓN				PRÓRROGA		1	ADICIÓN Y/O PRÓRROGA				OTRA (indique cuál)		No. de AUTORIZACION VIGENCIA FUTURA (Si aplica)		80123		
INFORMACIÓN DE GARANTÍAS:				¿EL CONTRATO EXIGE GARANTÍAS?:				SI		X		NO					
PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL				FECHA DE APROBACIÓN PÓLIZA:				1/02/2023									
ASEGURADORA:		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.			NÚMERO DE PÓLIZA:		3545864		ANEXO:		4						
AMPARO(S)							VALOR DEL CONTRATO		VALOR ASEGURADO		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA				
1		CALIDAD DEL SERVICIO					2.179.971.842		435.994.368		31/12/2023		31/12/2024				
		CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO					2.179.971.842		435.994.368		1/02/2023		30/06/2024				
		PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES, INDEMNIZACIONES LABORALES					2.179.971.842		326.995.776		1/02/2023		31/12/2026				
PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL				¿Requiere póliza de RCE?		SI	X	NO		NÚMERO DE PÓLIZA:		893554		ANEXO		1	
AMPAROS(S)						% del valor del contrato		SMMLV		VALOR ASEGURADO		VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA			
1		CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS							300		348.000.000		1/02/2023		31/12/2023		
2		PATRONAL							300		348.000.000		1/02/2023		31/12/2023		
		BASICO RESPONSABILIDAD CIVIL							300		348.000.000		1/02/2023		31/12/2023		
3		VEHICULOS PROPIOS Y NO PROPIOS							300		348.000.000		1/02/2023		31/12/2023		
2. INFORMACIÓN DEL PAGO A REALIZAR:																	
NÚMERO DE PAGO		13		FACTURA ELECTRÓNICA Y/O CUENTA DE COBRO		NÚMERO:		DASA1510		PERIODO O PRODUCTO CERTIFICADO		FEBRERO					
		PAGOS TOTAL				FECHA:		13/03/2024									
BANCO:		BANCOLOMBIA			No. DE CUENTA:		20015909674				CORRIENTE:		AHORROS:		X		
DEDUCCIONES DE RENTA:																	
DEPENDIENTES		CREDITO HIPOTECARIO			MEDICINA PREPAGADA			AFC		AFPV							
3. SITUACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO A LA FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:																	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:							2.179.971.842,00										
VALOR ACUMULADO DE LAS ADICIONES:							0,00										
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:							2.179.971.842,00										
VALOR PAGADO A LA FECHA:							1.055.592.826,01										
VALOR A LIBERAR O LIBERADO O DEDUCCIONES:							0,00										
VALOR A PAGAR CON LA PRESENTE CONSTANCIA:							\$		106.752.352,60								
VALOR PENDIENTE POR EJECUTAR:							1.017.626.663,39										
VALIDACIÓN VALORES:							CORRECTO										



CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO

4. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y APOORTE DE DOCUMENTOS SOPORTE

En calidad de supervisor del contrato y con el fin de certificar el cumplimiento de los aspectos administrativos relacionados con las obligaciones contractuales para el presente periodo o producto, lo cual conlleva a autorizar el respectivo pago, certifico que he verificado la información y los documentos relacionados en los literales presentados a continuación:	¿CUMPLE? (marque con una 'X')		
	SI	NO	N/A
Factura electrónica o cuenta de cobro: ¿Se validó la factura (cuenta de cobro) en sus atributos de: número de factura (o de la cuenta de cobro), nombre e identificación del contratista, fecha de generación, fecha del periodo cobrado, valor total cobrado, verificando que estaban correctos?	X		
Soporte del cargue de la factura electrónica: ¿Se validó el cargue de la factura en el sistema establecido para ello: nombre e identificación del contratista, número de factura cargada, fecha de cargue de la factura, verificando que estaban correctos?	X		
Plataforma de Colombia Compra Eficiente -CCE- respectiva (SECOPI, SECOP II) ¿Se verificó que el informe de ejecución que soporta el pago correspondiente al periodo certificado o producto entregado, se encuentra cargado en la respectiva plataforma de Colombia Compra Eficiente?	X		
Contratación con cargo a recursos BID, Plataforma de Colombia Compra Eficiente -CCE- respectiva SECOP II, ¿Se verificó que el informe de actividades y sus soportes, se encuentran en el proceso de SECOP II respectivo?. No aplica para el primer pago.			X
Expediente virtual del contrato en el Sistema de Gestión Documental de la Agencia: ¿Se verificó que los documentos que soportan la ejecución del contrato y el pago correspondiente al periodo certificado o al producto entregado se encuentran dentro del expediente del contrato en el Sistema de Gestión Documental de la Agencia?	X		
Matriz de riesgos (cuando aplique): marque con una x	SI	NO	N/A
¿Se verificó la matriz de riesgos asociados con la etapa de contractual?	X		
¿Se materializó algún riesgo en el periodo? (En caso positivo, amplíe la información en informe dirigido al Grupo Interno de Trabajo de Gestión		X	

CUMPLIMIENTO DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL:

D. Persona natural: (Se debe seleccionar de acuerdo con el tipo de contratista). Se verificó el cumplimiento por parte del contratista, del pago al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, para el periodo certificado. El monto de cada uno de los aportes en la planilla se ajusta a la base de liquidación correspondiente al valor del contrato.	PLANILLA DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL	
	No:	
	MES:	
	FECHA DE PAGO:	
E. Persona jurídica: (Se debe seleccionar de acuerdo con el tipo de contratista). Se verificó el cumplimiento por parte del contratista, del pago al Sistema de Seguridad Social Integral en salud, pensión y riesgos laborales, para el periodo certificado. El contratista presentó certificación suscrita por el revisor fiscal o el representante legal acreditando que se encuentra a paz y salvo en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, el SENA, el ICBF y las Cajas de Compensación Familiar.	CERTIFICA LOS APORTES AL SGSS	
	SI	REVISOR FISCAL
	FECHA DE LA CERTIFICACIÓN:	
	05/03/2024	
F. El nivel de satisfacción respecto a la ejecución del objeto del objeto contractual es:	ESCALA:	
	EXCELENTE = 5	

5. VERIFICACIÓN DE ASPECTOS TÉCNICOS:¿CUMPLE? (marque con una 'X')

	SI	NO
"Informe de actividades (GC-F-09) ¿Se verificó el informe de actividades presentado por el contratista, validando el siguiente contenido: nombre e identificación del contratista, fecha de emisión, número del contrato, fecha del periodo del informe o producto a remunerar, cumplimiento de las obligaciones para el periodo certificado y/o presentación de entregables, firma del contratista y firma del supervisor del contrato? " o presentó otro documento en el cual se permita evidenciar el cumplimiento? 	X	

6. ESTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

% DE AVANCE FÍSICO PROGRAMADO:	76.47,%	% DE AVANCE FÍSICO REAL:	76.47,%
--------------------------------	---------	--------------------------	---------

7. OBSERVACIONES ADICIONALES:

Para la presente vigencia se realiza el reintegro de 5´000.000, descontados por cobro de doble trámite sobre un mismo radicado.

<div></div> <div>CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO</div>	
8. Descripción breve de los informes, o entregables, o actividades realizadas por el contratista. (describa las actividades realizadas por el contratista en el periodo o producto entregado, añada hoja aparte si el espacio no alcanza, en tal caso deberá firmar la hoja adicional)	
de conformidad a las obligaciones del contrato, se evidenció que el contratista cumplió con la prestación del servicio de gestión documental en el mes de febrero de 2024	
9. CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR:	
En mi calidad de supervisor del contrato arriba indicado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades para el periodo o producto certificado y autorizo el pago relacionado en la presente certificación.	
10. DATOS DEL SUPERVISOR:	
NOMBRES Y APELLIDOS:	Carlos Andres Higuera
CARGO:	Coordinador Grupo Gestión Financiera
CORREO ELECTRÓNICO:	carlos.higuera@defensajuridica.gov.co
FIRMA:	