05 07 2024 3.969.309

DIANA CAROLINA MONZON MURCIA

TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ASOCIACION COLOMBIANA DE CIUDADES CAPIT

Nit 900638550

COMPROBANTE DE EGRESO	879

BENEFICIARIO
DIANA CAROLINA MONZON MURCIA

NIT			POR CONCEPTO DE
1073383846			CANC CTA DE COBRO 001
DIRECCION	**CIUDAD**	**TELEFONO**	
CRA 4 5 19	Simijaca	3202130837	

FECHA DOCUMENTO	FECHA VENCIMIENTO	ELABORADO POR	CHEQUE No.
viernes, 5 de julio de 2024	05-jul-24	LADY JASMIN GELVEZ PEREZ	

CODIGO CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	DEBITO	CREDITO
233525	CANC CTA DE COBRO 001	DIANA CAROLINA MONZON MU	3.969.309	0
11100502	CANC CTA DE COBRO 001	DIANA CAROLINA MONZON MU	0	3.969.309
		TOTAL DEL DOCUMENTO	**3.969.309**	**3.969.309**

Valor en Letras	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO
TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE	
REVISADO POR	
APROBADO POR	CC/NIT

ASOCIACION COLOMBIANA DE CIUDADES CAPIT

Nit 900638550

NOTA DE CONTABILIDAD	**297**

BENEFICIARIO
DIANA CAROLINA MONZON MURCIA

NIT
1073383846

POR CONCEPTO DE
DS 690 CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024

FECHA DOCUMENTO	**FECHA VENCIMIENTO**	**ELABORADO POR**
jueves, 4 de julio de 2024	04-jul-24	CARLOS MARIO FERNANDEZ VARGAS

CODIGO CUENTA	CONCEPTO	TERCERO	C. COSTOS	DEBITO	CREDITO
511035	DS 690 CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024	DIANA CAROLINA MONZ		4.000.000	0
23680103	DS 690 CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024	DIANA CAROLINA MONZ		0	30.691
233525	DS 690 CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024	DIANA CAROLINA MONZ		0	3.969.309

Valor en Letras	**TOTAL DEL DOCUMENTO**	**4.000.000**	**4.000.000**
CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE	FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO		
REVISADO POR			
APROBADO POR	CC/NIT		

Asociación Colombiana
de Ciudades Capitales

NIT 900.638.550-3

CÀLCULO DE RETENCIONES A PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

DIANA CAROLINA MONZON MURCIA						
CC 1,073,383,846						
VALOR FACTURA - CUENTA DE COBRO	**BASE RETENCIÒN ICA**	**TARIFA ICA**	**VR. RETENCION DE ICA**	**BASE RETENCIÒN RETEFUENTE**	**TARIFA RETEFUENTE**	**VR. RET FUENTE**
$4.000.000,00	$3.544.000,00	8,66 por mil	$30.691,00	$2.658.000,00	0,0000%	-
VALOR A PAGAR						**$3.969.309,00**

Nota. Para el càlculo de retenciòn en la fuente se aplico lo estipulado en el articulo 383 ET
Prestacion de servicios segùn contrato 082 de 2024
DSA 690
Fecha: 04 de Julio de 2024
Elaborò: Carlos Mario Fernández Vargas
Contador

DIAN

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

Representación Gráfica

Datos del documento

Código único de documento soporte - CUDS:
380253c0eaf1fb45c51ffaf5ad73d177c550cf3a9cf1632708fdc2d4bf3ef236db10fe3eba5bced7a69c539a3c3ce55c

Número documento soporte:	DS690	**Forma de pago:**	Contado
Fecha de generación:	04/07/2024	**Medio de pago:**	Débito Ahorro
Fecha de vencimiento:	04/07/2024	**Orden de compra:**	NO APLICA
		Fecha de orden de compra:	04/07/2024

Datos del adquiriente

Razón social:	ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES		
NIT del adquiriente:	900638550	**Régimen fiscal:**	O-23 Agente de retención IVA
Tipo de contribuyente:	Persona Jurídica y asimiladas	**Responsabilidad tributaria:**	01 IVA

Datos del vendedor

Razón social:	DIANA CAROLINA MONZON MURCIA		
Tipo de documento:	NIT	**Procedencia:**	Residente
Número de documento:	1073383846	**País:**	Colombia
Tipo de contribuyente:	Persona Natural y asimiladas	**Departamento:**	Cundinamarca
Régimen fiscal:	O-49 No responsable de IVA	**Municipio/Ciudad:**	Simijaca
Responsabilidad tributaria:	ZZ No aplica	**Dirección:**	CRA 4 5 19

Detalles de productos

								IMPUESTOS				
Nro.	**Código**	**Descripción**	**U/M**	**Cantidad**	**Precio unitario**	**Descuento detalle**	**Recargo detalle**	**IVA**	**%**	**Valor de Venta por Item**	**Forma de Generación y Transmisión**	**Fecha de compra**
1	082 2024 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024	ZZ	1,00	4.000.000,00	0,00	0,00			4.000.000,00	Por operación	04/07/2024

Descuentos y recargos global

Nro.	**Tipo**	**Código**	**Descripción**	**%**	**Valor**

Referencias

Tipo de documento	**Número de referencia**	**Fecha referencia**

Notas finales

CUENTA DE COBRO No 01 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 082 PERIODO 06 DE JUNIO AL 05 DE JULIO DE 2024

Datos totales



MONEDA	**COP**
TASA DE CAMBIO	1,00

Subtotal	4.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Subtotal base gravable	0,00
Total IVA	0,00
Total neto documento (=)	4.000.000,00
Descuento global (-)	0,00
Recargo global (+)	0,00
Total documento (=) COP $	**4.000.000,00**

Documento validado por la DIAN
2024-07-04 15:42:57
Documento generado el:
2024-07-04 15:42:56
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit: 800197268

Valores informativos

RETENCIONES	
Rte fuente	0,00
Rte IVA	0,00

Número de Autorización: 18764054237665 Rango desde: '387' Rango hasta: '1000' vigencia: '22/08/2024'

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES
Consecutivo: ASO-T-730
Fecha de Radicación: 04-07-2024 01:57 PM
Tipo de Documento: FACTURAS
Asunto: FACTURA N. 01 DIANA CAROLINA MONZON MURCIA
Remitente: MONZON MURCIA (1073383846)
Radicador: PAULA ANDREA VALBUENA SANCHEZ

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No. 01

Bogotá D.C, 06 de julio del 2024

ASOCIACION COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES – ASOCAPITALES

DEBE A:

DIANA CAROLINA MONZON MURCIA
CC. No.1.073.383.846 de
Simijaca

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES DE PESOS (4.000.000,oo) M/CTE .

POR CONCEPTO: Cuenta de cobro No. 001 correspondiente al periodo comprendido entre elseis (06) de junio de 2024 y cinco (05) de julio de 2024 del contrato de prestación deservicio 082 del 2024 cuyo objeto es Prestar sus servicios profesionales a la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales - ASOCAPITALES, para brindar apoyo en la verificación, formulación, estructuración y presentación de proyectos de inversión para las ciudades capitales y afiliadas.

Ing. DIANA CAROLINA MONZÓN MURCIA
Contrato 082 de 2024

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073383846		MONZON MURCIA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4 #5-19	SIMIJACA-CUNDINAMARCA	6717872	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	752146777	9469107761	I	2024/07/11	2024/07/04	BANCO DAVIVIENDA		$456,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1073383846	MONZON MURCIA DIANA CAROLINA																		230301	30	EPS010	30		0		0	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073383846		MONZON MURCIA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4 #5-19	SIMIJACA-CUNDINAMARCA	6717872	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	752146777	9469107761	I	2024/07/11	2024/07/04	BANCO DAVIVIENDA		$456,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$256,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$200,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$200,000	$0	$200,000
TOTAL				1	$456,000	$0	$456,000

2024/07/04 10:55 AM

Señores
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES - ASOCAPITALES.
Ciudad

Asunto: Certificación bajo gravedad del juramento para fines tributarios – Retención en la fuente.

Yo, Diana Carolina Monzón Murcia, identificado(a) como aparece al pie de mi firma y en calidad de contratista de prestación de servicios personales de la empresa **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES - ASOCAPITALES.** según el contrato No. 082 de **2024**, declaro bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

	SI	NO
1. Utilizare como descontable en mi declaración de renta 2024, los costos y deducciones asociados a la renta derivada del contrato suscrito con ASOCAPITALES (Retención practicada Art. 392 ET)	_____	___x_

(En caso de contestar SI en el numeral 1, no se debe diligenciar la información del punto 2 y siguientes, en caso de contestar NO, diligenciar el punto 2 con respuesta SI, lo anterior porque se debe informar para la aplicación de la retefuente cualquiera de los dos numerales expuestos en este formato)

	SI	NO
2. Hare uso de la renta exenta contenida en el numeral 10 del artículo 206 De Estatuto Tributario (Retención practicada Art. 383 E.T.	_x____	____

(En caso de contestar SI en el numeral 2 por favor diligenciar y dar respuestas a las preguntas que se indican a continuación)

3. Para efectos de las deducciones que otorga el artículo 387 del Estatuto Tributario:

3.1. Tengo derecho a la deducción por intereses y corrección monetaria ya que actualmente me encuentro pagando un crédito hipotecario y para efectos de certificar dicho crédito anexo el soporte correspondiente y la proporción a aplicar será del ____%. SI____, NO _x_

3.2. Tengo derecho a la deducción por pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen la protección mía, de mi cónyuge, mi(s) hijo(s) y/o dependiente(s), para el efecto anexo la certificación correspondiente SI___, NO _x_.

3.3. Tengo Planes Adicionales de salud (Anexo certificación de la Empresa de Medicina Prepagada o Compañía de Seguro con identificación de quien es el pagador y nombre de los beneficiarios y de quienes financio, monto cancelado por año 2023 SI___, NO _x_.

Nota 1. Las deducciones contempladas en los numerales 3.2 y 3.3 se aplicarán siempre y cuando el contratista sea el titular del respectivo contrato y/o póliza. A continuación, se deben relacionar los beneficiarios del plan de medicina prepagada y/o póliza de seguro de salud, tal y como aparecen en el certificado que se requiere anexar a este documento:

TIPO DE PAGO (medicina prepagada o póliza de seguro)	NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

4. Tengo derecho a la deducción mensual por el concepto de dependiente SI_, NO_x__, para tal efecto certifico que tengo a mi cargo a las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACION	EDAD	PARENTESCO

Nota 2. Se consideran dependientes las siguientes personas y para soportar esta condición se deben aportar los siguientes documentos:

a) Hijos menores de 18 años de edad: Registro civil de nacimiento.
b) Hijos que tengan entre 18 y 23 años de edad que dependan económicamente y que se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificada: Registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía o contraseña según corresponda y certificado de estudios expedido por la institución educativa con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario.
c) Hijos mayores de 23 años de edad que se encuentren con dependencia originada en factores físicos o psicológicos: Registro civil de nacimiento y certificado de medicina legal donde conste la discapacidad.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Partida de matrimonio o extrajuicio ante notaria donde certifique la unión marital de hecho; copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física se debe anexar certificado de medicina legal.
e) Padres y hermanos que dependan económicamente, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT: Registro civil de nacimiento del contratista y de los hermanos, copia del documento de identificación; certificación suscrita por contador público no mayor a treinta (30) días calendario donde indique la dependencia de los ingresos; copia de la tarjeta profesional del contador público. En caso de dependencia física se debe anexar certificado de medicina legal.

5. Los documentos soportes del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Pensión que se presentarán durante la ejecución del contrato de prestación de servicios, corresponderán a los ingresos provenientes de éste.

En constancia de lo anterior, se suscribe en la fecha 06 de julio de 2024

Diana Carolina Monzon Murcia
C.C. No. 1.073.383.846 Simijaca

Asociación Colombiana de Ciudades Capitales	**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATISTAS**
	GESTIÓN DE PROVEEDORES

DATOS GENERALES DEL			
Fecha de presentación del informe:	6 de julio de 2024	Numero de contrato:	082-2024
Nombres y apellidos del	Diana Carolina Monzón Murcia		
Fecha de inicio contrato:	06/06/2024	Fecha de finalización	05/07/2024
Periodo del informe:	06/06/2024 – 05/07/2024	Informe número:	*1* de *1*
Objeto del contrato:	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES A LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIUDADES CAPITALES - ASOCAPITALES, PARA BRINDAR APOYO EN LA VERIFICACIÓN, FORMULACIÓN, ESTRUCTURACIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN PARA LAS CIUDADES CAPITALES Y AFILIADAS.		

	Obligaciones específicas del contrato	**Actividades realizadas**
1	**Apoyar a las ciudades capitales en el seguimiento de los proyectos de inversión desarrollados por estas en el cumplimiento de las metas estipuladas en sus Planes de Desarrollo.**	Acompañamiento a las ciudades de Sincelejo en el proceso de formulación de un proyecto de cultura fiscal, donde se ha realizado reuniones para el envió de información primaria y secundaria. Apoyo en el seguimiento de los proyectos radicados por la ciudad de Providencia para la construcción del Centro de Desarrollo Infantil – CDI y Centro de Vida de Adulto Mayor – CV.
2	**Apoyar en la formulación y verificación de requisitos de proyectos susceptibles a ser financiados con recursos del SGR, PGN y convocatorias de cooperación internacional.**	Revisión del proyecto de Tecnología de la Información y las Telecomunicaciones de la Ciudad de pasto, generando una ficha de verificación de requisitos. Se realizo la Revisión del proyecto CENTRO DE INFORMACIÓN TERRITORIAL, una iniciativa liderada por AUTODESK para realizar la formulación de un proyecto de ciencia y tecnología para las ciudades capitales.
3	**Apoyar en el análisis del componente técnico y metodológico de los proyectos de inversión presentados por las ciudades capitales en el proceso de radicación y consecución de recursos para su financiación, así mismo, apoyar el proceso de subsanación de observaciones realizadas por las entidades correspondientes.**	Se realizo apoyo en la Revisión de nuestras plataformas para buscar posibilidades de subvenciones activas que se ajustaran a los objetivos del proyecto "Cosechando Conciencia Tributaria en los Jóvenes Emprendedores del municipio de Sincelejo ". Una de las oportunidades encontradas fue de la Fundación John Templeton, quienes ofrecen subvenciones en el Área de Financiación de Libertad Individual y Mercados Libres Se envió correo solicitando información a las Ciudades Capitales sobre las APP – Alianzas Publico Privadas que manejen con el fin de apoyar y crear el banco de proyectos de las APPs

	INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATISTAS	
	GESTIÓN DE PROVEEDORES	
4	**Apoyar y acompañar en el manejo de plataformas para la revisión de saldos, requisitos y el manejo de los aplicativos IGPR, MGA, GESPROY, SUIFP SGR, entre otros, del Sistema General de Regalías.**	Para este periodo no se reporto
5	**Gestionar y atender las solicitudes realizadas por las ciudades capitales sobre el estado de proyectos radicados, inquietudes de procedimiento, mesas técnicas, convocatorias de proyectos de inversión, capacitaciones, acercamiento con entidades del Gobierno Nacional y demás información que se requiera.**	Se realizo actualización del banco de proyectos de la Asociación con la información remitida por las ciudades, con el fin de llevar el seguimiento de los proyectos.
6	**Apoyar en la elaboración de las presentaciones e informes necesarios para facilitar el entendimiento sobre los diferentes temas o normatividad que involucre los intereses de las ciudades capitales.**	Se actualizo la presentación del balance de las reuniones realizadas con las gestoras, con el fin de mostrar avances y los proyectos que en los que se están trabajando y se han radicado. Se realizo presentación para el encuentro de gestoras, del avance en el apoyo en la formulación de proyectos de gestión social. Se realizo la presentación de fuentes de inversión para la financiación de proyectos.
7	**Apoyar el sistema de seguimiento y gestión de calidad de la dirección de Inversión Pública del área de Desarrollo y Gestión Territorial.**	Diligenciamiento de la Herramienta de Seguimiento de Actividades del área de Planeación de la Asociación; y seguimiento a las actividades y compromisos adquiridos por la dirección.
8	**Apoyar el proceso de discusión de los acuerdos y normatividad expedida desde la Comisión Rectora para el funcionamiento del Sistema General de Regalías.**	Se realizo revisión y Comentarios Proyecto de Decreto "Por el cual se adiciona el Título 9, a la Parte 3, del Libro 2 del Decreto 1077 de 2015, en lo relacionado con los proyectos y programas de agua potable y saneamiento básico cuyos recursos serán administrados y/o ejecutados por el Fondo Nacional de Vivienda FONVIVIENDA.
9	**Las demás que sean necesarias para la correcta ejecución del contrato según indique el supervisor del contrato.**	Se realizo video de los proyectos aprobados lo cuales ASOCAPITALES ha acompañado en el proceso de formulación. Se realizo propuesta para la realización de panel de negocios, relacionados a las APP, con el fin de impulsar este tema en las Ciudades.

De conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1150 del 2007, se anexa planilla de aporte al Sistema General de Seguridad Social correspondiente al periodo del presente informe.

Asociación Colombiana de Ciudades Capitales	**INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATISTAS**
	GESTIÓN DE PROVEEDORES

En constancia firman:

Elaboró	Revisó
DIANA CAROLINA MONZON MURCIA	**BIAGGIO RUOCCO PACHECO**
Contratista	Apoyo a la supervisión del Contrato 082-2023
LUIS EMILIO RUEDA LÓPEZ	
Supervisor del Contrato 082-2024	

Asociación Colombiana de Ciudades Capitales	Tipo de documento: Formato		VERSIÓN 02
	Macroproceso: Apoyo		
	Proceso: Gestión Contractual		Vigente a partir de: 01/07/2021
	Título: Formato Informe Parcial O Final De Supervisión De Contrato y/o Convenio	Código: MA-GC-F-27	

INFORME PARCIAL		INFORME FINAL	X

1. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO O ACEPTACIÓN DE OFERTA Y SU EJECUCIÓN
1.1. INFORME No. 1
1.2. PERÍODO DEL INFORME (Del) Día: 06 Mes: 06 Año: 2024 (Al) Día: 05 Mes: 07 Año: 2024
1.3. CONTRATO: No. 082 de 2024.
1.4 OBJETO: Prestar sus servicios profesionales a la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales - ASOCAPITALES, para brindar apoyo en la verificación, formulación, estructuración y presentación de proyectos de inversión para las ciudades capitales y afiliadas.
1.5.FORMA DE PAGO: La Asociación pagará el valor del contrato a EL CONTRATISTA en un solo pago por valor de **CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE ($4.000.000)**, dicho valor incluye como ya se señaló los impuestos a los que haya lugar, así como costos directos e indirectos que ocasionen para la ejecución presente contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Cada uno de los pagos se definirá, de conformidad con el cronograma, acordado con el supervisor designado para el contrato. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Para el pago EL CONTRATISTA deberá aportar: a) Informe de actividades y certificación de cumplimiento de las obligaciones firmada por el supervisor. b) Copia de los comprobantes de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral y ARL en el porcentaje establecido por el Gobierno Nacional. c) Cuenta de cobro o factura según el régimen tributario al que pertenezca el contratista. **PARÁGRAFO TERCERO:** Los pagos correspondientes al presente contrato serán girados a la cuenta bancaria informada por el contratista de conformidad con la certificación bancaria aportada, que consta en el expediente contractual, o en cheque girado a favor de EL CONTRATISTA. **PARÁGRAFO CUARTO**: En aquellos casos en que EL CONTRATISTA deba desplazarse en cumplimiento de sus actividades contractuales a ciudades diferentes a la de su sede, la Asociación, previa aprobación del supervisor, asumirá los tiquetes de viaje respectivos y reconocerá como valor de manutención los valores establecidos por la Asociación, de acuerdo con las tarifas aprobadas por la entidad para tal fin.

COPIA CONTROLADA

1.6. NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA MONZÓN MURCIA	
1.7. CÉDULA O NIT: 1.073.383.846 de Simijaca Cundinamarca.	1.8. CORREO ELECTRÓNICO: carolinamonzonmurcia@gmail.com
1.9. DIRECCIÓN: Carrera 4 No. 5-19, Simijaca Cundinamarca.	1.10. TELÉFONO: (+57) 3202130837
1.11. NÚMERO Y FECHA DEL CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. CDP D24-113 del 06-06-2024 NÚMERO Y FECHA DE REGISTRO PRESUPUESTAL No. RP R24-124 del 06-06-2024	
1.12. PLAZO DE EJECUCIÓN INICIAL: El plazo de ejecución del contrato correspondiente será de un (1) mes, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato.	

1.13. PRÓRROGA(S):

Cuadro 1

NO. MODIFICACIÓN	FECHA DE INICIO DE LA PRÓRROGA (DD/MM/AAAA)	TIEMPO DE LA PRÓRROGA	FECHA HASTA CUÁNDO VA LA PRÓRROGA (DD/MM/AAAA)
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

(*Agregar las casillas que sean requeridas. Si no aplica colocar N/A)

1.14. SUSPENSIÓN	Fecha suscripción acta: N/A N/A N/A Día Mes Año	Fecha inicio suspensión: N/A N/A N/A Día Mes Año
1.15. REINICIO	Fecha suscripción acta: N/A N/A N/A Día Mes Año	Fecha reinicio suspensión: N/A N/A N/A Día Mes Año
1.16. FECHA DE INICIO: Día 06 Mes 06 Año 2024		
1.17. FECHA TERMINACIÓN: Día 05 Mes 07 Año 2024		
1.18. TERMINACIÓN ANTICIPADA: Día N/A Mes N/A Año N/A		

COPIA CONTROLADA

2. DATOS DEL SUPERVISOR(ES)	
2.1. NOMBRE (S) DEL SUPERVISOR (ES) O INTERVENTOR (ES): Luis Emilio Rueda López	
2.2. DEPENDENCIA: Secretaria General	2.3. N° DE TELÉFONO Y EXT: 555 7541
2.4. CORREO ELECTRÓNICO: emiliorueda@asocapitales.co	
2.5. NOMBRE (S) DEL APOYO A LA SUPERVISION: N/A	
2.6. DEPENDENCIA: N/A	2.7. N° DE TELÉFONO Y EXT N/A
2.8. CORREO ELECTRÓNICO: N/A	

3. RESUMEN FINANCIERO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO O ACEPTACIÓN DE OFERTA: El valor del contrato será hasta por la suma de **CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE. ($4.000.000)**. En el valor antes referido se incluyen los impuestos a los que haya lugar, así como costos directos e indirectos que se ocasionen para la ejecución del contrato.
3.1. ADICIÓN(ES):

Cuadro 2

NO. MODIFICACIÓN	FECHA ADICIÓN (DD/MM/AAAA)	VALOR
N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A
TOTAL		

(*Agregar las casillas que sean requeridas. Si no aplica colocar N/A)

3.2. CESIÓN: SÍ [ ] NO [X] Día N/A Mes N/A Año N/A

COPIA CONTROLADA

3.3. RESUMEN HISTÓRICO *(Favor reportar en el presente cuadro, los datos de todos los informes en forma cronológica)*

Cuadro 3 Resumen Histórico

FECHA DEL INFORME (dd/mm/aaaa)	VALOR TOTAL DEL CONTRATO O ACEPTACIÓN DE OFERTA (Incluir el valor de adiciones en caso que aplique)	VALOR TOTAL DE LAS CUENTAS ANTERIORES RADICADAS EN FINANCIERA	VALOR REPORTADO MEDIANTE EL PRESENTE INFORME	SALDO PENDIENTE POR EJECUTAR
04/07/2024	$4.000.000	-	$4.000.000	$0

(Agregar tantas filas como se requieran)

4. OTROS ASPECTOS

4.1. ACTA DE LIQUIDACIÓN: No

4.2. ESTADO DE AVANCE PRESUPUESTAL A LA FECHA (%) 100%

(VALOR TOTAL DE LAS CUENTAS ANTERIORES RADICADAS EN FINANCIERA + VALOR REPORTADO MEDIANTE EL PRESENTE INFORME) / (VALOR TOTAL DEL CONTRATO O ACEPTACIÓN DE OFERTA Incluir el valor de adiciones en caso que aplique) x 100

4.3. ESTADO DE AVANCE FÍSICO A LA FECHA (%) 100%

(UNIDADES TOTALES RECIBIDAS A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME / UNIDADES CONTRATADAS) x 100

4.4. PERSONA NATURAL

Cuadro 4

OBLIGACIONES	NÚMERO Y FECHA DE CERTIFICACIÓN O PLANILLA DE PAGO A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ACEPTACIÓN DE OFERTA
Sistema de Salud, Sistema de Pensiones y Riesgos Laborales	No. Planilla: 9469107761 Pagada: 04/07/2024

(Si no aplica colocar N/A)

COPIA CONTROLADA

4.5. PERSONA JURÍDICA

N/A

5. CONCEPTO SUPERVISOR (ES) O INTERVENTOR (ES):

De acuerdo con lo señalado en los Artículos 82, 83 y 84 de la Ley 1474 del 2011 y la Guía para Supervisión de Contratos de Colombia Compra Eficiente, es deber de los supervisores e interventores de los contratos realizar un seguimiento técnico, administrativo, financiero y jurídico, para efectos de corroborar el cumplimiento a cabalidad del objeto y las obligaciones en el marco del contrato o aceptación de oferta:

Cuadro 5

(Agregar las casillas que sean requeridas. Si no aplica, escribir N/A)

ÍTEM	SÍ	NO	EXPLIQUE	N/A
El bien cumplió a la fecha con las especificaciones técnicas mínimas y las cantidades exigidas en el contrato				X
El contratista cumplió a la fecha con las entregas pactadas en el contrato	X			
Fue satisfactoria a la fecha la calidad del bien o servicio contratado	X			
A la fecha los bienes fueron ingresados al almacén				X
A la fecha se dio la transferencia de conocimientos o capacitación indicada en el contrato				X
A la fecha se llevó a cabo la instalación y puesta en funcionamiento de los bienes a entera satisfacción				X
A la fecha se llevaron a cabo los mantenimientos preventivos o correctivos de los bienes contratados				X
A la fecha se cumplió con los tiempos establecidos para las entregas según contrato	X			

COPIA CONTROLADA

A la fecha se cumplió con el recurso humano requerido en el contrato				X
(*) A la fecha se dio algún cambio dentro de la ejecución del contrato		X		

Si su respuesta al último punto (*) es "SÍ", explique:

_____

_____

_____

Nota: **Documentación anexa:** El Supervisor deberá acreditar el cumplimiento del objeto y las obligaciones pactadas en el contrato o Aceptación de Oferta, mediante los siguientes documentos **(cuando aplique y solo dejar la relación de los documentos que se anexan):**

5.1. EL CONTRATISTA "CUMPLIÓ" SÍ [X] NO [ ]

JUSTIFIQUE SU RESPUESTA: ***(Espacio de obligatorio diligenciamiento)***

5.2 En calidad de supervisor del Contrato No. 082 de 2024, manifiesto que EL CONTRATISTA – DIANA CAROLINA MONZÓN MURCIA cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales todas las obligaciones establecidas para el periodo mencionado. Igualmente, certifico que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL correspondientes.

6. RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES:

N/A

(*Agregar las casillas que sean requeridas Si no aplica coloca N/A)

(si el número de bienes recibido es muy amplia, debe venir como documento adjunto)

7. RECIBO A SATISFACCIÓN DE SERVICIOS

Con la firma del presente informe se deja constancia del recibo a satisfacción por parte de la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, de los servicios prestados pactados en el Contrato No. 082 de 2024

Nota: En caso de no recibir a satisfacción los bienes o servicios, se deben consignar los motivos y circunstancias en el campo "Observaciones".

COPIA CONTROLADA

8. REEVALUACIÓN DE PROVEEDORES: *(Solo debe ser diligenciado para el informe final)*
El contratista cumplió a cabalidad con el objeto y obligaciones contractuales del contrato. Por lo anterior, su calificación es excelente.
OBSERVACIONES: N/A

FIRMA RESPONSABLES	
Supervisor	
NOMBRE Emilio Rueda López	CÉDULA 91.478.780
CIUDAD Y FECHA: Bogotá D.C., 04/07/2024	

COPIA CONTROLADA

BBVA

Informe Detallado del Fichero

08/Jul/24 16:28:53

Información del fichero

Clave Empresa:	00153967	Cuenta de Cargo:	CC - 00130309000100041184
F.de proceso:	04-07-2024	Nombre Fichero:	ROV0507
Referencia:	DVP 08/07/2024	Órdenes:	
Producto:	Pagos a Proveedores	Importe Total:	
BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
DIANA CAROLINA MONZON MURCIA	0550488400002777	3.969.309,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000010733838460
Nombre:	DIANA CAROLINA MONZON MURCIA	E-mail:	
Dirección 1:	BOGOTA	Dirección 2:	
Forma de Pago:	Abono/Cargo cuenta	Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0051 - BANCO DAVIVIENDA	Cuenta-Tarjeta:	0550488400002777
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	3.969.309,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	CANC CTA DE COBRO 001	Concepto 2:	