

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	4653829	JOSE ALFREDO ALVAREZ CASTRO		Calle 169 # 58-46 Casa 80	9072853	joalcastro@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82183906	\$1.084.700
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	437.000	0		0		0	0	0	0	437.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	559.400	0	0	0	0	0	0		559.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.300				18.300	0	0	18.300			183	18.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	70.000	0	0	70.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	437.000	437.000
Pensión	1	559.400	559.400
Riesgos Laborales	1	18.300	18.300
CCF	1	70.000	70.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.084.700	1.084.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	4653829	JOSE ALFREDO ALVAREZ CASTRO		Calle 169 # 58-46 Casa 80	9072853	joalcastro@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82183906	\$1.084.700
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	4653829	ALVAREZ CASTRO JOSE ALFREDO	59	0			N																		25-14	3.496.000	559.400	0	0	0	0	EPS008	3.496.000	437.000	14-23	3.496.000	1	18.300	CCF24	3.496.000	70.000	0	0	0	0	0

PAGADA

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. DESARROLLO ECONÓMICO Secretaría de Desarrollo Económico	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN PARA PAGO	Código	FT-28-PR-COT-10	
	Asociado al procedimiento: Aplica a todos los procedimientos de contratación	Versión	4	
		Página	1 de 1	

CONTRATO / CONVENIO No. Contrato 0836-2024 de Prestación de servicios	Fecha de suscripción: 6 de Agosto de 2024						
OBJETO: Prestar los servicios profesionales a la Oficina de Control Interno de la SDDE en lo relacionado con las actividades necesarias para la evaluación y el seguimiento a los procesos transversales de la SDDE y, en especial, los Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo y el de Gestión, bajo el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con el fin de contribuir a la implementación del Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la SDDE							
SUPERVISOR: ANGELICA LILIANA RODRIGUEZ MORENO, *FUNCIONARIO DE OFICINA DE CONTROL INTERNO							
CERTIFICA							
Que JOSE ALFREDO ALVAREZ CASTRO , identificado con CC No. 4,653,829 , cumplió el objeto contractual y obligaciones durante el periodo comprendido entre el 1 de Noviembre de 2024 y el 30 de Noviembre de 2024							
DETALLES DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO Y ACUMULADA							
Valor ejecutado este periodo: \$ <u>8,737,600.00</u> Valor ejecutado acumulado (incluyendo este periodo): \$ <u>32,620,373.00</u>							
Porcentaje acumulados de ejecución (Incluyen este periodo): Ejecución Física <u>74.67 %</u> Ejecución Financiera <u>74.67 %</u>							
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
Se efectuaron los pagos al Sistema General de Seguridad Social correspondientes al mes de Noviembre de 2024							
FINANCIACIÓN DEL PAGO							
<table><tr><th>Vigencia</th><th>Rubro</th><th>Valor</th></tr><tr><td>2024</td><td>O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital</td><td>8,737,600.00</td></tr></table>		Vigencia	Rubro	Valor	2024	O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital	8,737,600.00
Vigencia	Rubro	Valor					
2024	O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital	8,737,600.00					
AUTORIZACIÓN DE PAGO							
Que teniendo en cuenta lo anterior, y en cumplimiento de la cláusula FORMA DE PAGO ó DE DESEMBOLSO DE LOS APORTES según corresponda, del Contrato o Convenio de la referencia, el suscrito supervisor AUTORIZA el pago No. <u>CUATRO (4)</u>, correspondiente a la suma de OCHO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS M/L (\$8,737,600.00) . Por indicación del Contratista o Asociado, el valor neto del pago será consignado en la Cuenta Bancaria de Ahorros No. 20037006969 de Bancolombia. Se expide esta certificación para el correspondiente trámite de pago, en Bogotá D.C., el 5 de Diciembre de 2024  ANGELICA LILIANA RODRIGUEZ MORENO *FUNCIONARIO DE OFICINA DE CONTROL INTERNO JOSE ALFREDO ALVAREZ CASTRO Contratista							

Los siguientes documentos deben ser entregados a la Dirección de Gestión Corporativa

Esta certificación, soportes y anexos, aceptados por el supervisor: Dos (2) ejemplares de cada documento.

Informes de ejecución aceptados por el supervisor: Un (1) ejemplar para el expediente contractual.

El recibo de la documentación adjunta no implica la verificación ni la aceptación de su contenido por parte de la Entidad.