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:	7

Elaborado por: Nairo Sandoval, Luis Eduardo Campos /Revisado por: Julio Martin 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:	*6517415-2024*		**Número (s) del Proyecto:**	*FUNCIONAMIENTO*	
Plazo de ejecución:	*CINCO (5) MESES, UN (1) DÍA*		**Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:**	*DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO*	
Nombre / razón social del Contratista:	*G&D GERENCIA Y DIRECCIÓN DE PROYECTOS S.A.S.*		**Número de Nit o cédula:**	*900.693.739-1*	
Periodo Certificado (Fechas):	*Del 30/07/2024 al 30/09/2024*		**Porcentaje de pago:**	*30%*	
Condiciones que se cumplen para este pago:	*a. Plan de Trabajo y Cronograma de actividades.* *b. Estructura y Contenidos de las capacitaciones.* *c. Documento escrito con diseño conceptual, metodológico, técnico y modelos pedagógicos a utilizarse en las capacitaciones.* *d. Perfiles de los capacitadores.* *e. Informe en medio fisico y magnético de las primeras dos (2) capacitaciones realizadas, adjuntando los listados de asistencia.* *f. Consolidación de los resultados de la evaluación de efectividad (Evaluación pre y evaluación post) para cada una de las capacitaciones realizadas.* *g. Consolidación de los resultados de la evaluación de eficacia (Evaluación de satisfacción de la actividad) de cada una de las capacitaciones realizadas.* *h. Recomendaciones por parte del contratista.* *i. Certificados impresos debidamente firmados.*				
Programación PAC para pago	***El suscrito supervisor, certifica que este desembolso cuenta con la programación de recursos de PAC mensual, según lo establecido en la Circular de Requisitos para Tramite de Solictudes de Pago .***				
Objeto contractual:	*Prestar servicios en el fortalecimiento de las competencias laborales de los servidores públicos de la Secretaría Distrital de Salud mediante la implementación del Plan Institucional de Capacitación.*				
Valor inicial	*$ 278,900,000*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*$278,900,000*
Valor total (Inicial + Adicionales o - Reducciones)	*N/A*	**Cofinanciación:**	*N/A*	**FFDS:**	*N/A*
Valor a cancelar:	*OCHENTA Y TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL PESOS M/CTE*		*$83,670,000*		
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	*30/7/2024*		**Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prorrogas).**	*31/12/2024*	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	*N/A*		*N/A*	*N/A*	
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	*N/A*		*N/A*	*N/A*	
Otro tipo de modificaciones contractuales	*Fecha (DD/MM/AA)*	*Concepto: N/A*	*N/A*		
Valor ejecutado:	*$83,670,000*		**Saldo por ejecutar:**	*$195,230,000*	
Porcentaje de ejecución:	*30%*	**Número de Factura o cuenta de cobro:**	*FE 1591*	**Número de pago:**	*Primero*
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	*CDP 2236 04/03/2024 CRP 3065 26/07/2024 ($83,670,000)*		**Fuente de financiación:**	*020 - FFDS Licores Nacionales 50%*	
Cuenta Bancaria	*DAVIVIENDA*	*CUENTA DE AHORROS*	*CUENTA No. 046770067430*	***Nota:*** *Los datos corresponden a la certificación 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 área de Contabilidad - Dirección Financiera, para su actualización en el modulo de terceros.*	
Anexos:	*1. Original de Factura, 2. Certificado de pago parafiscales, 3, copia contrato y estudios previos. 4. copia acta de inicio 5. Informe contractual parcial del Supervisor.*		**¿Se tienen las garantías actualizadas?:**	*Marcar con una equis (X)* SI X NO	
Observaciones :	*N/A*				

La presente certificación se expide a los: *1/11/2024* , autorizando el presente pago detallado y dejando constancia del cumplimiento en el pago de los Aportes a Seguridad Social Integral, aprobación 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.

(Tener en cuenta reflejar la información del contrato a la fecha de la presente Certificación, más no a la fecha del período certificado, de tal forma que se incluyan las adicionales o prórrogas)

Firmado digitalmente por Jose Elias Guevara Fragozo

José Elías Guevara Fragozo

Director Operativo

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.	Fecha
Referente(s) Técnico(s):	*Sandra Liliana Romero Ordóñez – Profesional Especializado*	Firmado digitalmente por Sandra Liliana Romero Ordóñez	9550	1/11/2024
Referente(s) Financiero(s):	*William Alejandro García Fuquene - Contratista Profesional Especializado*	William A. García F.	9057	1/11/2024