CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	SEGUNDO PAGO COMISIÓN 30%
	CONTRATO DE COMISION	549	2024		

Tipo de pago (seleccione una opción)	SIGUIENTE PAGO	¿Novedad que aplica para el periodo a cobrar? (seleccione en la lista desplegable)	N/A

INFORMACIÓN BANCARIA

Tipo de cuenta (ahorros o corriente)	Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH
Corriente	428090245	BANCO DE BOGOTÁ

ENDOSO (aplica únicamente para personas jurídicas)

Nombre del Titular	Número C.C. / NIT	Tipo de cuenta (ahorros / corriente)	Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH

SOLICITUD CONSIGNACIÓN EN CUENTA AFC (aplica unicamente para persona natural)

Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH	Valor por consignar (en pesos)

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Objeto del contrato	SAF-SAPSF-SDF-SAP-001 Adquisición del servicio de vigilancia y seguridad privada de los bienes muebles e inmuebles de propiedad de la UAESP, y de los que sea legalmente responsable, conforme al reglamento de funcionamiento y operación de la bolsa para el mercado de compras pública.

Fecha inicio del contrato	Día	Mes	Año	Fecha terminación del contrato (modificar por prórroga o suspensión del contrato)	Día	Mes	Año	Terminación anticipada (relacionar último día reconocido de ejecución del contrato)	Día	Mes	Año
	11	12	2024		20	6	2025				

CESIÓN DE CONTRATO

Contratista	Nombres y apellidos	Número C.C. ó C.E. ó NIT
Cedente		

ESTADO FINANCIERO

CDP		CRP			
Número	Año	Número	Año	Valor mensual honorarios (si aplica)	
1079	2024	915	2024	Valor inicial del contrato	$1,634,469,280
				Valor total de adiciones al contrato	$0
				Valor total del contrato (actualizar por adición)	**$1,634,469,280**
				Avance Financiero	$972,962,628
				Valor a pagar	**$2,302,223**
				Saldo del contrato	**$659,204,429**

FACTURA (si aplica)

Factura		Notas débido o crédito a la factura (si aplica)	Nota Débito		Nota Crédito	
Número	Día/Mes/Año		Número	Día/Mes/Año	Número	Día/Mes/Año
MZL60110	14/5/2025					

APORTE A SEGURIDAD SOCIAL
(aplica a CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES).

Con la firma del presente documento el contratista y el/los supervisor(es) declaran que revisados los documentos que soportan el pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social AFP, ARL (si aplica) y EPS, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la UAESP o evidencian la afiliación al Sistema Integrado de Seguridad Social según corresponda.
Igualmente, el contratista, certifica bajo la Gravedad de Juramento que realizó el aporte a ARL conforme a nivel de riesgo laboral con el cual se encuentra afiliado para el respectivo contrato (para los periodos en que hubo ejecución del contrato).
Lo anterior, de acuerdo con lo preceptuado en la Ley 1753 de 2015, Art. 135, los Decretos 2271 de 2009 y 1273 de 2018 (Art. 2.2.1.1.1.7 y 3.2.7.1.).

NIVEL DE RIESGO ARL	¿Exonerado de aportar a pensión?	RESPUESTA	¿Anexa certificado afiliación como independiente a salud y pensión?	RESPUESTA
	Si no está obligado a realizar aporte a pensión deberá adjuntar resolución de pensionado(a) o certificado de exoneración de aportes, emitido por Fondo de Pensiones para el primer pago. En caso de novedad a la pensión debe informar y soportar en el pago respectivo.		Si para el primer pago no realizó aportes a seguridad social, deberá adjuntar certificados de afiliación como independiente a salud y pensión expedidos por EPS y Fondo de Pensiones. **NOTA:** aplica si los días a cobrar corresponde al de un mes calendario.	

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR

Como supervisor(es) del contrato certifico/certificamos y me/nos hago/hacemos responsable(s) del cumplimiento de las actividades desarrolladas por el contratista, de conformidad con lo establecido en la minuta del contrato. Así mismo, declaro/declaramos que revisé/revisamos y verifique/verificamos los documentos anexos, los cuales cumplen con lo señalado en la ley y el Instructivo para Radicación y Trámite de Pago vigente. Por lo anterior solicito/solicitamos a la Subdirección Administrativa y Financiera tramitar el pago.

DECLARACIÓN DE RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA

Al suscribir el presente informe, el contratista certifica bajo gravedad de juramento que ha guardado extricta reserva y confidencialidad de toda la información relacionada con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos de Bogotá UAESP o sus contratistas de la cual tiene conocimiento por razón de las actividades que desarrolla para la Entidad, por tanto NO ha divulgado, publicado, vendido, intercambiado, comercializado o comunicado, directa o indirectamente a terceros o externos ninguna información de forma verbal o escrita o que conste en cualquier clase de documento de carácter confidencial.

OBSERVACIONES AL PAGO (Si aplica)

1. El contrato UAESP-549-2024 se suscribió con COMIAGRO S.A. con NIT 800.206.442-1 pero el servicio está siendo prestado por la empresa de SEGURIDAD EL PENTAGONO COLOMBIANO LIMITADA SEPECOL LTDA con NIT 860.526.603-1.

2. Se aclara que se deben afectar los rubros presupuestales de la siguiente forma:

SEGUNDO PAGO COMISIÓN 30%				
DOCUMENTO	**No.**	**Inicio**	**Fin**	**Valor de la Factura**
Factura	MZL60110	14/5/2025	14/5/2025	$ 2,302,223
Distribución de Rubros				
Documento	**No.**	**Rubro**	**Descripción Rubro**	**Valor a afectar**
CRP	915	O21202020080585250	Servicios de protección (guardas de seguridad)	$ 2,302,223
CRP	915	O2301171905202402911105 3	Mejoramiento de la infraestructura y de los servicios de destino final en los cementerios públicos distritales Bogotá D.C.	$ -
CRP	915	O2301174003202403020901 0	Fortalecimiento de la actividad de aprovechamiento en Bogotá D.C.	$ -
CRP	915	O2301174003202403210202 2	Implementación y transformación del Relleno Sanitario Doña Juana hacia un parque Tecnológico en manejo de residuos, Bogotá D.C.	$ -
SUBTOTAL				$ 2,302,223
TOTAL A AFECTAR				**$ 2,302,223**

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Los abajo firmantes damos fe de que la información diligenciada junto con los anexos del presente informe son verídicos y su contenido es cierto.

SUPERVISOR (ES)

Firma:	Supervisor 1:	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	WILSON ORLANDO REYES CALDERÓN		
Cargo:	**Almacenista General**		
Dependencia:	**Subdirección Administrativa y Financiera**		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista (natural o jurídica)**:**	COMIAGRO S.A.	**Nombre:**	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	800,206,442	**Cargo:**	
Representante legal (Persona Jurídica)**:**	ANDREA DEL PILAR JARA POSADA	**Entidad:**	
Correo institucional (si aplica)**:**	coordinador.operativo1@comiagro.com	**NIT:**	
Correo personal:		**NOTA AL FORMATO:** este documento no puede ser alterado en su estructura, encabezados, pie de página y logos. La altura y anchos de las celdas puede ser modificado si por el contenido de las celdas lo requiere. Cualquier otra modificación dará para no aceptación del documento como soporte para pago. TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O CORRESPONDIENTE AL FORMATO DEBE SER TOTALMENTE VISIBLE y cualquier información propia del formato que sea borrada es una causal de no aceptación del documento como soporte de pago. LAS FIRMAS NO DEBEN QUEDAR SOLAS EN UNA SOLA PÁGINA.
Teléfono o celular de contacto:	3336025576		
Dirección de residencia:	Carrera 23B # 66 - 11		