	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	VERSIÓN	16
		PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

I. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS			No.	0406/2024			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROYECTAR, IMPLEMENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DESDE LA ETAPA "OPERACIÓN AMISTAD" PARA EL ABORDAJE DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES, JÓVENES (NNAJ) EN RIESGO Y CON PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7720							
CONTRATISTA	GONZALEZ MONTAÑEZ ANDREA ESTEFANIA			CÉDULA O NIT	1.000.512.598			
CONTRATISTA CESIONARIO				CÉDULA O NIT				
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	NIT	NI
	4	MARZO	2024	3	MAYO	2024	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	<input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA			<input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA			<input type="checkbox"/> OTRO	
	<input type="checkbox"/> RYW CONTRIBUYENTE			<input type="checkbox"/> ALTOPROVEEDOR			<input type="checkbox"/> LA	

II. DATOS PARA EL PAGO								
	CONTRATO			ADICIÓN (Si la hubiera)			ADICIÓN (Si la hubiera)	
VALOR TOTAL	\$	\$ 6.749.506						
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A							
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2024000939	FECHA	04/03/2024	NUMERO:	NUMERO:		
					FECHA:	FECHA:		
RUBRO PRESUPUESTAL	O2301160103000007720							
CONCEPTO DEL RUBRO	Protección integral a niñez, adolescencia y juventud en situación de vida en calle, en riesgo de habitarla o condiciones de fragilidad social Bogotá.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$	\$ 337.475						
NUMERO DEL PAGO	3 ULTIMO			PERIODO DEL PAGO:			DEL 1 AL 3 DE MAYO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	6.749.506			PAC PROGRAMADO PARA:			JUNIO
SALDO DEL CONTRATO	\$	0			VALOR:			\$ 337.475
FACTURAS No.	N/A							
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACION			TIENE EMPLEADOS A CARGO	
	<input checked="" type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACION <input checked="" type="checkbox"/> NO	
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE (\$3374753), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.							

III. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO			
NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0106/41020457720	Servicio de Educación informal NNAJ para el reconocimiento de sus derechos	2,16%	7.289
PM/0214/0107/41020387720	Servicios dirigidos a la atención de NNAJ con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	1,56%	5.265
PM/0214/0102/41020527720	Servicios de protección para el restablecimiento de derechos de NNAJ	96,28%	324.921
TOTAL		100,0%	337.475

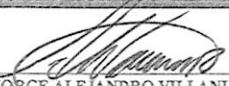
IV. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
31677202	475003	Habitante Calle	\$ 337.475


* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCION POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
 ** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICIONER, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN; DIVIDIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

V. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLFONDOS	208.800	FAMISANAR	163.100	31.800	SI: No: X		

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaron en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C., el día 4 del mes de JUNIO del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO				APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)			
FIRMA				FIRMA			
NOMBRE: JORGE ALEJANDRO VILLANUEVA BUSTOS				NOMBRE:			
C.C.: 79790196	TELF:	3410017		C.C.:	TELF:		
CARGO: GERENTE TERRITORIO, CODIGO 039, GRADO 01				CARGO:			

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	1 de 2
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

CONTRATO No. - 0406/2024

INFORME No. 3


PERIODO COMPRENDIDO DEL 01 AL 03 DE MAYO DE 2024.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTAÑEZ

SUPERVISOR DEL CONTRATO: JORGE ALEJANDRO VILLANUEVA BUSTOS. Código 039, Grado 01. GERENCIA TERRITORIO.

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROYECTAR, IMPLEMENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DESDE LA ETAPA “OPERACIÓN AMISTAD” PARA EL ABORDAJE DE NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES, JÓVENES (NNAJ) EN RIESGO Y CON PRESUNTA VULNERACION DE DERECHOS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7720.

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS	SOPORTES (Describe las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)
1	Implementar y desarrollar la realización de actividades en los procesos de territorialización del proyecto pedagógico del IDIPRON donde se requiera.	Se realizó reunión de equipo, con el objetivo de socializar las actividades que se van a realizar en la zona, establecer fechas para chocolataadas y socializar los avances realizados en los recorridos territoriales y los traslados en ruta a la casa de acogida El Oasis.	A-GDO-FT-004- Acta de reunión A-GDH-FT-010-Registro de asistencia <i>Las evidencias del presente informe reposan en físico en archivo de gestión y archivo misional del contexto territorio Calle y en digital en archivo OneDrive carpeta ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ</i>
2	Apoyar la atención poblacional en la localidad asignada, mediante la construcción de escenarios pedagógicos, lúdicos, recreativos, culturales, artísticos y deportivos y la puesta en marcha de los procesos para avanzar hacia el goce efectivo de los derechos de los NNAJ.	Se realizó cronograma semanal, a los promotores de zona centro, donde queda como evidencia las actividades que cada bina debe realizar en las localidades. Como recorridos, traslados, actividades interinstitucionales entre otras.	PDF- CORREO CRONOGRMA SEMANAL ZONA CENTRO. MAYO DOCUMENTO EXCEL <i>Las evidencias del presente informe reposan en físico en archivo de gestión y archivo misional del contexto territorio Calle y en digital en archivo OneDrive carpeta ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ</i>
3	Proyectar, acompañar y hacer el seguimiento a la planeación y organización de los recorridos y acciones pedagógicas para la focalización, acercamiento y sensibilización a NNAJ, en la localidad asignada.	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
4	Verificar el registro de los procesos de atención de los NNAJ, en el sistema de información Misional (SIMI).	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
5	Elaborar e implementar estrategias y acciones dirigidas al seguimiento y fortalecimiento de los procesos sociales en el territorio asignado	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
6	Acompañar, verificar y hacer seguimiento a las actividades programadas para la territorialización del proyecto pedagógico del instituto, que se encuentren a cargo de los promotores sociales asignados a su equipo de trabajo.	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
7	Convocar y desarrollar acciones para el seguimiento cualitativo de los NNAJ que asisten al territorio y de los vinculados a los procesos de atención en la Unidades de Protección Integral y demás componentes de atención.	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
8	Realizar el seguimiento del equipo de trabajo en territorio que le sea asignado por el supervisor.	Se realizó verificación de los informes de actividades, con cada promotor de la zona Centro, para identificar las actividades que se realizaron, realizando correcciones	PDF-CORREO <i>Las evidencias del presente informe reposan en físico en archivo de gestión y archivo misional del contexto territorio Calle y en</i>

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-002
		VERSIÓN	08
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO	PÁGINA	2 de 2
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

		para imprimirlo, firmarlo y subir las evidencias de dichas actividades en el ONE DRIVE.	<i>digital en archivo OneDrive carpeta ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ</i>
9	Registrar información de acuerdo con la lectura territorial realizadas de forma oportuna y eficiente en el Sistema de Información Territorial IDIPRON SITL.	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación	Durante este mes no se realizaron actividades para esta obligación
10	Aportar inmediatamente se realicen las reuniones o actividades asignadas las actas de soporte de asistencia y compromisos al supervisor.	-Se participó en Comité Operativo Local para el fenómeno de habitabilidad en Calle. Donde la entidad IDIPRON se comprometió a participar en las diferentes actividades donde se ha logrado evidenciar que existe permanencia de población Ciudadana Habitante de Calle y en vulneración social NNAJ -Se realizo alimentación a la Matriz de Participación. En el DRIVE, creado para dicho fin, donde se da a conocer lo más relevante que se trata en los Comités Operativos Locales para el fenómeno de Habitabilidad en calle y cuáles son los compromisos pactados para abordar dicha problemática, desde las diferentes entidades Distritales	PDF-FORMATO INTERINSTITUCIONAL <i>Las evidencias del presente informe reposan en físico en archivo de gestión y archivo misional del contexto territorio estrategia Calle y en digital en archivo OneDrive carpeta ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ.</i>

* Incluir todas las filas que se requieran


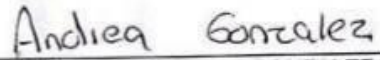
Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	\$162.500	ABRIL 2024
PENSIÓN	\$208.000	ABRIL 2024
ARP	\$31.700	ABRIL 2024

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01/06/2024

	
JORGE ALEJANDRO VILLANUEVA BUSTOS. Código 039, Grado 01. GERENCIA TERRITORIO.	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTAÑEZ C.C 1.000.512.598

Anexo:

*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.

*Certificación Pagos Seguridad Social

*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-21, 04:09:38 AM

Nro Planilla Corregida: 1064263597

Tipo Planilla: N: PLANILLA CORRECCIONES

Periodo Cotización: abril de 2024

Administradora: N: PLANILLA CORRECCIONES

Periodo Servicio: abril de 2024

Número Planilla: 1064578771

Referencia pago (PIN): 8810639582

PAGADO 20/06/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTANEZ		
Documento	CC1000512598	Dirección	CARRERA 78 M# 55 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3208482416
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novidades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total																	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	RET P	TCE	TCE P	TIP	TIP P	VEP	VEP P	CCP	CCP P	SLR	SLR P	UNIC	UNIC P	AVP	AVP P	UCPT	UCPT P	REP	REP P	REP SUP	REP SUP P	REP SUP COC	REP SUP COC P	Adminstradora	IBC Pensión	Aporte Pensiones	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Incentivos	Total	
CC 1000512598	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTANEZ	59	00										A																(231001) COLFONDOS	\$ 1.304.667	\$ 208.800	(EPS017) FAMILIAR EP2	\$ 1.304.667	\$ 163.100	2.436	\$ 1.304.667	\$ 31.800	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.300.000	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 429.700
CC 1000512598	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTANEZ	59	00										C															(231001) COLFONDOS	\$ 1.249.901	\$ 216.000	(EPS017) FAMILIAR EP2	\$ 1.249.901	\$ 166.800	2.436	\$ 1.249.901	\$ 32.900	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.300.000	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 443.700	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, SaMOS a Favor) EP2	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 45.234	\$ 45.234	\$ 45.234	\$ 0	\$ 7.200	\$ 5.700	\$ 1.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.000	\$ 500	\$ 14.500



Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-27, 03:18:45 PM

Tipo Planilla:

I PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1063593742

Período Cotización: mayo de 2024

Período Servicio: mayo de 2024

Referencia pago (PIN): 8810491267

PAGADO 27/05/2024

I. DATOS DEL APORTANTE


Razón Social	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTANEZ		
Documento	CC1000512598	Dirección	CARRERA 78 M # 55 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3208482416
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	MAO	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VSE	VSL	ROL	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	IBS	IBS ARP	IBS CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1000512598	ANDREA ESTEFANIA GONZALEZ MONTANEZ	59	00															0	30	30	30	(231001) COLFONDOS	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 182.500	2.436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.300.000	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 182.500	\$ 31.700	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200	\$ 0	\$ 428.200

	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-005
		VERSION	06
	CERTIFICACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	PÁGINA	1 de 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO
No / 0406 DE 04/03/2024

CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD - IDIPRON y GONZALEZ MONTAÑEZ ANDREA ESTEFANIA suscribieron el contrato No. 0406/2024 de 04/03/2024, cuyo objeto es: **PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROYECTAR, IMPLEMENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DESDE LA ETAPA OPERACIÓN AMISTAD PARA NNAJ EN RIESGO Y CON PRESUNTA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN EL MARCO DEL PROYECTO 7720**, para ser ejecutado en un plazo de DOS (2) MESES por valor de (\$6.749.506), SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTAY NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MCTE.

Que el contrato inició su ejecución el 04/03/2024

Que las partes suscribieron las siguientes modificaciones contractuales:

Adición No

Prórroga N/A

Suspensión No. 1

Que el valor total del contrato es por la suma de (\$6.749.506), SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTAY NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MCTE.

Que el valor final del contrato es por la suma (\$6.749.506), SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTAY NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MCTE.

Que las garantías a que hubiere lugar con la suscripción del presente contrato fueron constituidas y actualizadas conforme a la fecha del acta de inicio y a las adiciones y prórrogas presentadas en marco de la ejecución del contrato.

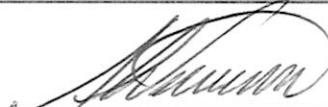
Que el objeto y obligaciones contratadas fueron realizadas por el contratista y recibido por el IDIPRON a entera satisfacción.

Que, durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias.

Que el saldo a favor del contratista corresponde \$0

Que el saldo a liberar corresponde a la suma (0)

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., el 19/07/2024.

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)
 FIRMA NOMBRE: JORGE ALEJANDRO VILLANUEVA BUSTOS CARGO: GERENTE, Código 039, Grado 01 DEPENDENCIA: GERENCIA TERRITORIO	_____ FIRMA NOMBRE: CARGO O No. DE CONTRATO: DEPENDENCIA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HAN ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SI ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIARLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. Y EN EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL ACTA, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS Y TODO DOCUMENTO.