


Consecutivo	CDPS	0405	1	Año: 2025			
Numero del contrato o acuerdo: <u>0405</u> Modalidad de Contrato: <u>CONTRATACIÓN DIRECTA</u> Fecha de Inicio: <u>08/09/2025</u> Nombre del Contratista: <u>LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO</u> C.C. o NIT: <u>79.844.736</u> Oficina o Grupo: <u>GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL</u>							
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL, EN CUMPLIMIENTO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE DE GESTION DOCUMENTAL, ARCHIVO Y ACCESO A LA INFORMACION.						
Ha habido modificaciones al Contrato? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> En que consisten? _____ Fecha de ejecución del contrato: Del <u>8/09/2025</u> Al <u>22/12/2025</u> Pago a realizar: <u>1</u> De <u>4</u> Número de pagos recibidos: <u>0</u> Cuota a certificar <u>1</u>							
VALOR DEL CONTRATO	Valor inicial del contrato	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato	Valor de las cuotas			
	\$ 11.200.000		\$ 11.200.000	\$ 2.453.333			
VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA	PAGO # 1	PAGO # 2	PAGO # 3	PAGO # 4	PAGO # 5	PAGO # 6	PAGO # 7
	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
	PAGO # 8	PAGO # 9	PAGO # 10	PAGO # 11	PAGO # 12	PAGO # 13	PAGO # 14
	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA	\$ -						
VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :	\$ 2.453.333 DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES						
SALDO ANTERIOR	NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO						
\$ 11.200.000	\$ 8.746.667						
DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR							
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO			
	Número	Valor	Fecha		Número	Valor	Fecha
CDP Inicial	45425	\$ 11.200.000	28/08/2025	CRP Inicial	79025	\$ 11.200.000	08/09/2025
CDP Adición 1				CRP Adición 1			
CDP Adición 2				CRP Adición 2			
CDP V. Futura				CRP V. Futura			
Tipo de cuenta bancaria: <u>Cuenta de ahorros</u> Cuenta bancaria N°: <u>0550488403076935</u> Nombre del Banco: <u>DAVIVIENDA</u> Régimen: <u>No responsable</u> Actividad CIIU N°: <u>8299</u>							
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:							
Marque con una X	<input checked="" type="checkbox"/> Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato. <input checked="" type="checkbox"/> Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato. <input checked="" type="checkbox"/> 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, AFP y ARL. <input checked="" type="checkbox"/> Que se recibió el informe y entrega de las evidencias, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestión Documental SECOP en su respectivo PDF						
Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:							
PARA PAGO PARCIAL				PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:			
Persona Natural		Persona Jurídica		Persona Natural		Persona Jurídica	
1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar fact)	<input type="checkbox"/>	1. Factura N°	<input type="checkbox"/>	1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura)	<input type="checkbox"/>	1. Factura N°	<input type="checkbox"/>
2. Certificado cumplimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Informe de actividades	<input type="checkbox"/>	2. Certificado cumplimiento	<input type="checkbox"/>	2. Informe final detallado	<input type="checkbox"/>
3. Informe de actividades	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>	3. Informe de actividades	<input type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>
4. Planilla seguridad social	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales	<input type="checkbox"/>	4. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales	<input type="checkbox"/>
		5. Entrada de almacén	<input type="checkbox"/>	5. Acta de Entrega	<input type="checkbox"/>	5. Entrada de almacén	<input type="checkbox"/>
		6. Acta recibido a satisfacción	<input type="checkbox"/>			6. Acta recibido a satisfacción	<input type="checkbox"/>
						7. Evaluación desempeño	<input type="checkbox"/>
SUPERVISOR DEL CONTRATO				RADICACIONES			
Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.				Recursos Financieros			
Nombre: <u>MARIA MARGARITA BARACALDO CAÑÓN</u>				Fecha: _____			
Firma aprobación: 				Firma: _____			

**CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL
CONTRATISTA**



Supervigilancia

Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decreto 1070 de 2013)

Fecha: 30/09/2025

DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

Datos Generales

Nombre del Contratista: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO
 Numero de identificación: 79844736
 Régimen al que pertenece: No responsable

Declaración de ingresos:

Los servicios técnicos o profesionales que presto, requieren del uso de materiales o equipo especializado
 SI NO

Los servicios técnicos o profesionales son prestados de forma personal
 SI NO

Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal
 SI NO

Aportes obligatorios al sistema de seguridad social

Nº Planilla de pago:	<u>34481579</u>	Mes que aporta:	<u>Septiembre</u>
Operador PILA:	<u>ASOPAGOS</u>	Valor aporte a EPS:	<u>\$ 178.000</u>
Valor aporte a ARL:	<u>\$ 7.500</u>	Valor aporte a AFP:	<u>\$ 227.800</u>
VALOR TOTAL:			<u>\$ 413.300</u>

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigación
 SI NO

Soy pensionado
 SI NO De: _____

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta
 SI NO

Realizo aporte a una cuenta AFC
 SI NO \$ 0

Tiene dependientes económicos
 SI NO

Durante el presente mes de esta certificación obtuve gastos de desplazamiento
 SI NO \$ 0

Nombre del contratista: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO

Firma: _____

DOCUMENTO EQUIVALENTE
A LA FACTURA

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA		N° CONSECUTIVO	
NOMBRE:	LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO	0405	1
DIRECCION:	CRA 78 B# 1- 05		
TELEFONO:	3057637809		
CIUDAD:	BOGOTA D.C.		
NIT/CC:	79844736		
		(000): N° Contrato	(XX): Consecutivo factura

CONCEPTO

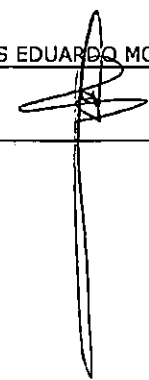
No. CONTRATO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO	
0405	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL, EN CUMPLIMIENTO SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE DE GESTION DOCUMENTAL, ARCHIVOY ACCESO A LA INFORMACION.	\$ 2.453.333
TIPO DE CUENTA:	Cuenta de ahorros	
CUENTA BANCARIA N°:	0550488403076935	
BANCO:	DAVIVIENDA	

VALOR EN LETRAS	DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRESCIENTES TREINTA Y TRES
-----------------	--

REGIMEN:	No responsable
ACTIVIDAD CIU No.	8299
DE LA CIUDAD DE :	BOGOTA D.C.

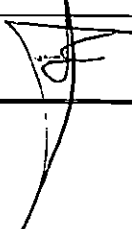
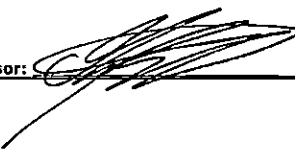
Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO

Firma: 

**INFORME DETALLADO
DE ACTIVIDADES**

Nombre del Contratista: <u>LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO</u>	N° de contrato: <u>0405</u>
Oficina o Grupo: <u>GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL</u>	
N° Informe: <u>1</u> de <u>4</u>	Mes a Reportar: <u>septiembre</u> de: <u>2025</u>

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Gestionar oportunamente la radicación de solicitudes recibidas a través del canal "Contáctenos", asegurando su trazabilidad, asignación y archivo conforme a los procedimientos Internos.	Confirmando que se ha dado cumplimiento oportuno a la gestión y radicación de la totalidad de las solicitudes recibidas a través del canal 'Contáctenos' que fueron debidamente asignadas. Este proceso se llevó a cabo asegurando la trazabilidad, asignación y archivo de cada requerimiento, en estricto apego a los procedimientos internos establecidos.
2	Apoyar el proceso de radicación interna, verificando que los documentos generados por las diferentes dependencias cumplan con los requisitos de forma y fondo, y se integren adecuadamente al sistema de gestión documental.	Confirmando que se ha apoyado completamente el proceso de radicación interna. Mi gestión incluyó la verificación y cumplimiento de requisitos de forma y fondo de todos los documentos generados y su subsiguiente integración adecuada al sistema de gestión documental.
3	Contestar y gestionar las solicitudes de devolución de radicados.	No se registraron devoluciones a respuesta durante el periodo correspondiente a este mes.
4	Elaborar informes periódicos sobre el cumplimiento de los lineamientos en gestión documental y acceso a la información.	No se registraron informes durante el periodo correspondiente a este mes.
5	Las demás necesarias para el cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato.	Confirmando que se realizaron las acciones complementarias requeridas para el cumplimiento cabal del objeto de este contrato, asegurando la ejecución integral de las obligaciones.
<p><i>Como contratista me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato. Que previamente se realizó la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces.</i></p>		<p><i>Como supervisor de este contrato me permito certificar que:</i> -Durante el presente periodo el contratista dio cumplimiento al objeto del contrato, previa verificación de las actividades ejecutadas. -La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.</p>
<p>Firma Contratista: </p>		<p>Firma Supervisor: </p>



RAZÓN SOCIAL :	LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-79844736
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-09
FECHA DE PAGO:	2025-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34481579
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34481579
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EP8008	880088942	COMPENSAR-EP8	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 178.000
25-14	900338004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 227.800
14-23	880011153	POSITIVA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 7.500	\$ 7.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 413.300	\$ 413.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/11/2025
----------------------------------	------------