ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. DESARROLLO ECONÓMICO Secretaría de Desarrollo Económico	**CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN PARA PAGO**	Código	FT-28-PR-COT-10	Sistema Integrado de Gestión — Por un Desarrollo Positivo: Trabajo con Calidad
		Versión	4	
	Asociado al procedimiento: Aplica a todos los procedimientos de contratación	Página	1 de 1	

CONTRATO / CONVENIO No.	**Fecha de suscripción:**
Contrato 0781-2025 de Prestación de servicios	28 de Julio de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Emprendimiento y Negocios con el fin de apoyar los procesos de formación, capacitación y desarrollo de contenidos especializados para emprendedores y empresarios del sector artesanías del Distrito Capital.

SUPERVISOR: MONICA ELIANA FLOREZ BUSTAMANTE, SUBDIRECTOR(A) DE EMPRENDIMIENTO Y NEGOCIOS

CERTIFICA

Que **XIMENA MORENO GONZALEZ**, identificado con **CC No. 30,334,515**, cumplió el objeto contractual y obligaciones durante el periodo comprendido entre el **1 de Septiembre de 2025** y el **30 de Septiembre de 2025**

DETALLES DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO Y ACUMULADA

Valor ejecutado este periodo: $ 7,168,000.00 Valor ejecutado acumulado (incluyendo este periodo): $ 14,336,000.00

Porcentaje acumulados de ejecución (Incluyen este periodo): Ejecución Física 66.67 % Ejecución Financiera 66.67 %

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Se efectuaron los pagos al Sistema General de Seguridad Social correspondientes al mes de **Septiembre de 2025**

FINANCIACIÓN DEL PAGO

Vigencia	Rubro	Valor
2025	O230117350220240266 Fortalecimiento de los negocios locales de la ciudad de Bogotá D.C.	7,168,000.00

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. DOS (2), correspondiente a la suma de **SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/L ($7,168,000.00) .**

Por indicación del Contratista o Asociado, el valor neto del pago será consignado en la Cuenta Bancaria de **Ahorros** No. **05954420118** de **Bancolombia**.

Se expide esta certificación para el correspondiente trámite de pago, en Bogotá D.C., el **1 de Octubre de 2025**

MONICA ELIANA FLOREZ BUSTAMANTE
SUBDIRECTOR(A) DE EMPRENDIMIENTO Y NEGOCIOS

XIMENA MORENO GONZALEZ
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.

CORDIS AQUÍ. AHORRE PAPEL: NO USE MEMORANDO REMISORIO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30334515		MORENO GONZALEZ XIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 4 22 31	CHINCHINA-CALDAS	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1831525571	9492962038	I	2025/10/06	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	$847,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,867,200	$458,800			$2,867,200	$358,400			$0	$0			$2,867,200	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,867,200	$458,800			$2,867,200	$358,400			$0	$0			$2,867,200	$30,000		$0	$0
Ciudad: CHINCHINA Depto: CALDAS (1 Afiliados)					$2,867,200	$458,800			$2,867,200	$358,400			$0	$0			$2,867,200	$30,000		$0	$0
1	CC 30334515	MORENO XIMENA	230301	30	$2,867,200	$458,800	EPS010	30	$2,867,200	$358,400		0	$0	$0	14-23	30	$2,867,200	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,867,200	$458,800			$2,867,200	$358,400			$0	$0			$2,867,200	$30,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30334515		MORENO GONZALEZ XIMENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 4 22 31	CHINCHINA-CALDAS	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1831525571	9492962038	I	2025/10/06	2025/10/06	BANCOLOMBIA	0	$847,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$458,800	$0	$0	$458,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$458,800	$0	$0	$458,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$358,400	$0	$0	$358,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$358,400	$0	$0	$358,400
TOTAL				1	$847,200	$0	$0	$847,200

Bogotá D.C. 8 de octubre de 2025

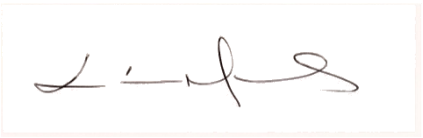
Señores:

Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
Dirección de Gestión Corporativa
La Ciudad

REF. Certificado de existencia y dependencia económica

A través de la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria o contractual que tengo con la Entidad, teniendo en cuenta que, **bajo la gravedad del juramento, me permito CERTIFICAR** que la (s) persona (s) que a continuación relaciono dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).

Nombre del Dependiente Identificación Parentesco Edad (Años)
Liliana González Salazar, CC: 30.270.210, Madre, 68 años.



Cordialmente,
Ximena Moreno González
C.C: 30.334.515

OLGA CECILIA SOTO SOTO
Contador Público Titulado
c.c. 42.895.523 T.P. 42291-T

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO TITULADO

CERTIFICA:

Que la señora **LILIANA GONZALEZ SALAZAR**, identificada con Cedula de ciudadanía No 30.270.210 No tiene ingresos a nombre propio y que depende económicamente de su hija; la señora **XIMENA MORENO GONZALEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No 30.334.515

Cualquier información adicional con gusto será suministrada en el Cel 3148926592

Dosquebradas, Octubre 05 de 2025



_____
OLGA CECILIA SOTO SOTO

CRA 21 29-68 Casa 5. 3148926592 Dosquebradas
E-mail: olga.soto.9@hotmail.com

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

2CBD2E87BC8621C8

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **OLGA CECILIA SOTO SOTO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 42895523 de ENVIGADO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 42291-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *
* *

Dado en BOGOTA a los 7 días del mes de Octubre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado



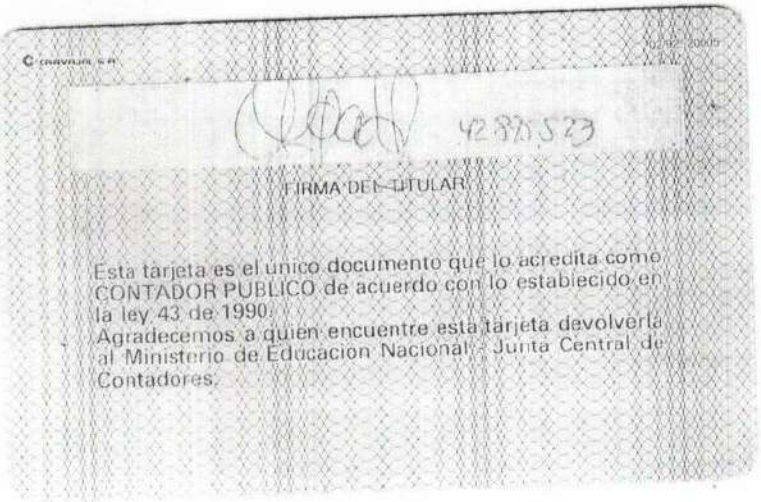
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

42291-T

OLGA CECILIA
SOTO SOTO
C.C. 42935523
RESOLUCION INSCRIPCION 007 FECHA 16/03/95
UNIVERSIDAD DE MEDELLIN

Presidente

00049600



C (ravuna c.a.)

42935523

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

I. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión		Firma
MONICA VALERIA PARRA ALARCON	Medicina	CC-1053819099	
MONICA BERNAL OSORIO	Fisioterapia	CC-30315813	
MAYARLY LATORRE MENDIETA	Terapia ocupacional	CC-51820268	

II. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LILIANA GONZALEZ SALAZAR* manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombres y Firma

Documento: CC-30270210

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. NO

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas General de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez