DIAN	Certificación de bienes y servicios recibidos	FT-ADF-2337
Proceso: Administrativo y Financiero		**Versión** 5

Nota: Para pagos diferentes a procesos contractuales, diligenciar únicamente las casillas 1, 2, 15 a 22 y luego la número 25

1. Número:	4	2. Fecha:	Día	Mes	Año
			14	10	2025

Descripción

3. Contrato, Orden de compra o Acto Administrativo No.:	34-001-2025
4. Nombre o razón social:	**UNION TEMPORAL DIAN 2025**
5. Documento de Identificación	901.953.332
6. Designación de supervisión:	JOSE LIBARDO CASTILLO OSPINA / DIRECTOR SECCIONAL

7. Fecha de inicio contrato:	Día	Mes	Año	8. Fecha de terminación contrato:	Día	Mes	Año
	6	6	25		30	11	25

9. Forma de Pago:	La DIAN efectuará los pagos en pesos colombianos así: cinco (5) pagos anticipados mensuales por valor de $16,589,031.00, DIECISEIS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL TREINTA Y UN PESOS M/CTE ($ 16,589,031.00).incluido IVA, por intermedio de tesorería de la Seccional de Arauca, de acuerdo a los servicios prestados facturados y recibidos a satisfacción por el supervisor o interventor designado por la DIAN, dentro de los treinta (30) días siguientes a la Disponibilidad del P.A.C (Plan Anual Mensualidad de Caja) para la vigencia correspondiente, para que éste trámite su pago.

Información para pago

10. Registro presupuestal No.	5025	Fecha	**Día**	9	**Mes**	6	**Año**	2025	Rubro	A-02-02-02-008-005	**Valor a afectar con este pago**	99.534.186,00
Registro presupuestal No.		Fecha	**Día**		**Mes**		**Año**		Rubro		**Valor a afectar con este pago**	
11. Número de factura	FVEL-4	Fecha	**Día**	3	**Mes**	10	**Año**	2025			**Valor**	$ 16,589,031.00
Número de factura		Fecha	**Día**		**Mes**		**Año**				**Valor**	
12. Valor amortización de anticipo presente factura												$ 0.00
13. Otras deducciones												$ 0.00
											14. Valor pagar	**$ 16,589,031.00**

Espacio exclusivo para otros pagos diferentes a procesos contractuales

15. Nombre o razón social:												
16. NIT/CC:										17. Fecha Límite de Pago	**Día**	**Mes** **Año**
18. CDP Número		Fecha	**Día**		**Mes**		**Año**		Rubro		**Valor**	
19. Número de factura		Fecha	**Día**		**Mes**		**Año**				**Valor**	
											21. Valor pagar	**$ 0.00**

22. Certificación de recibido a satisfacción (aplica también para pagos diferentes a los de contratos)

SE RECIBIO A SATISFACCION EL SERVICIO DE ASEO Y CAFETERIA DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025.

23. Verificación de pago de aportes al sistema de seguridad social integral y parafiscales

El contratista presentó por concepto de Seguridad Social y parafiscales, Planilla No. 1076096840.

24. Verificación de cargue de documentos en el SECOP II

Verificado.

25. Observaciones

26. Supervisor del contrato u Ordenador de Gasto		**26. Supervisor del contrato**	
Nombres y apellidos	**JOSE LIBARDO CASTILLO OSPINA**	**Nombres y apellidos**	
Firma		**Firma**	
Cargo	Director Seccional.	**Cargo**	
26. Supervisor del contrato		**26. Supervisor del contrato**	
Nombres y apellidos		**Nombres y apellidos**	
Firma		**Firma**	
Cargo		**Cargo**	

Información Pública