CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	1 AL 16 DE DICIEMBRE DE 2025
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	345	2025		

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
Ahorros	550108900490963	DAVIVIENDA

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	Servicios de operación logística integral para el desarrollo de las acciones, programas, proyectos y actividades de relaciones públicas de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.

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
	25	6	2025		24	6	2026				

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)	
288	2025	520	2025	Valor inicial del contrato	$250.000.000
				Valor total de adiciones al contrato	
				Valor total del contrato (actualizar por adición)	**$250.000.000**
				Avance Financiero	**$62.450.692**
				Valor a pagar	**$36.179.265**
				Saldo del contrato	**$151.370.043**

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
EF 221	10/12/2025					
EF 222	10/12/2025					
EF 223	10/12/2025					
EF 224	10/12/2025					
EF 225	10/12/2025					
EF 232	13/12/2025					
EF 233	13/12/2025					
EF 234	16/12/2025					
EF 235	16/12/2025					

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)
Por favor afectar el rubro O212020200803831 21 del CRP 520 por $ 36.179.265

SUPERVISOR (ES)			
Firma:	Supervisor 1:	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	**GERMAN DUQUE ARIAS**		
Cargo:	**JEFE DE OFICINA**		
Dependencia:	**ASESORA DE COMUNICACIONES Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES**		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista (natural o jurídica)**:**	EFECTO S.A.S	**Nombre:**	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	900.657.161	**Cargo:**	
Representante legal (Persona Jurídica)**:**	ANA MARIA RUGE DIEZ	**Entidad:**	
Correo institucional (si aplica)**:**	1.013.586.853	**NIT:**	
Correo personal:	produccion@efecto.com.co	**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:	3114612887		
Dirección de residencia:	CR 28A 75A 48AP 402		

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN					
DATOS DEL INFORME					
CONTRATO	**TIPO DE COMPROMISO (contrato)**	**NÚMERO**	**AÑO**	**PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR**	**1 AL 16 DE DICIEMBRE DE 2025**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**345**	**2025**		

DATOS DEL CONTRATO								
Objeto del contrato	Servicios de operación logística integral para el desarrollo de las acciones, programas, proyectos y actividades de relaciones públicas de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.	**Fecha inicio del contrato**			**Fecha terminación del contrato** (modificar en caso de prórroga o suspensión)		
		Día	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
		25	6	2025	24	6	2026

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	
Obligación específica del contrato	**Actividades realizadas**
Desarrollar el objeto del Contrato en las condiciones de calidad, oportunidad, y obligaciones definidas en los documentos del Proceso de Contratación. Garantizar la calidad de los bienes y servicios prestados, de acuerdo con el Anexo Técnico, el Pliego de Condiciones y demás Documentos del Proceso.	Durante el período de ejecución del proyecto, se llevaron a cabo de manera efectiva todas las actividades planificadas, cumpliendo con los objetivos propuestos. En particular, se brindó soporte logístico integral a los diferentes eventos institucionales, lo cual incluyó la coordinación y provisión oportuna de servicios de catering, así como la atención a diversos requerimientos técnicos y operativos necesarios para el adecuado desarrollo de cada actividad. Este acompañamiento logístico permitió asegurar que los eventos se ejecutaran en condiciones óptimas, garantizando tanto la comodidad de los asistentes como el cumplimiento de los objetivos institucionales. Asimismo, se prestó apoyo continuo en la gestión y suministro de insumos y materiales promocionales, lo que permitió fortalecer la visibilidad y presencia de la institución en cada una de las actividades realizadas. Esta gestión contempló desde la planificación y adquisición oportuna de los materiales, hasta su correcta distribución y utilización estratégica, asegurando una imagen institucional coherente y de alto impacto.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (si aplica)

Como contratista, proveedor o prestador de servicio declaro bajo la Gravedad de Juramento que la información adjunta es Legal y su contenido es cierto. Así mismo que los documentos que soportan las actividades realizadas (evidencias de ejecución) se adjuntaron a la solicitud de pago del periodo informado, de conformidad con el Instructivo para Radicación y Trámite de Pagos vigente.

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			
Firma:	Supervisor 1:	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	GERMAN DUQUE ARIAS		
Cargo:	JEFE DE OFICINA		
Dependencia:	ASESORA DE COMUNICACIONES Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista:	EFECTO S.A.S	**Nombre:**	
Nombre representante Legal (persona jurídica):	ANA MARIA RUGE DIEZ	**Cargo:**	
		Entidad:	
		NIT:	

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.

VoBo APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES (si aplica)		
Firma:	Apoyo a la supervisión 1:	Apoyo a la supervisión 2:
Nombre:		
Cargo:		