ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE PLANEACIÓN BOGOTÁ	FORMATO	CÓDIGO: GFI-F0-003
	GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN:4
	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO	FECHA: 27/01/2025

RECURSOS	DISTRITO	X	REGALÍAS

1. IDENTIFICACION

NUMERO DE PROCESO	547	VIGENCIA	2025
NUMERO DE CONTRATO	605	FECHA SUSCRIPCIÓN	12/12/2025
OBJETO	ACTUALIZACIÓN Y SOPORTE TÉCNICO DE LA APLICACIÓN DOCUMANAGER		
CONTRATISTA	ASESORIAS EN SISTEMAS DE INFORMACION ISIS E.U		
C.C. o NIT	NIT 9002714404		
DATOS CUENTA BANCARIA ÚNICA	No.	009200689843	
	Clase	Cuenta de Ahorros	
	Entidad Bancaria	DAVIVIENDA	
SUPERVISOR O INTERVENTOR	LINA MARIA CRUZ SILVA		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$15,930,530		
VALOR TOTAL A PAGAR	$15,930,530		

Rubro:	Nombre:	Saldo Ant.	Valor a Pagar	Nuevo Saldo
O21202020080383141	Servicios de diseño y desarrollo de aplicaciones en tecnologías de la información (TI)	$15,930,530	$15,930,530	$0

No. RP Interno	No. RP Externo	Vlr RP	Saldo Ant.	Valor a Pagar	Nuevo Saldo
5000964385	1022	$15,930,530	$15,930,530	$15,930,530	$0

	Saldo Anterior	Total Vlr Pagar	Nuevo Saldo
Sumatoria Rubros	$15,930,530	$15,930,530	$0

Sumatoria RPs	Nro. Rp	Valor RP	Saldo Anterior	Total Vlr Pagar	Nuevo Saldo
	1022	$15,930,530	$15,930,530	$15,930,530	$0
	TOTAL:	$15,930,530	$15,930,530	$15,930,530	$0

FACTURA	Número: FAG-550		FECHA: 21/01/2026
PERIODO A CERTIFICARSE	Desde: 19/12/2025	Hasta: 30/01/2026	
NRO DE PAGO A EFECTUARSE	1		

2. DOCUMENTOS ANEXADOS PARA EL PAGO
INFORMACIÓN RADICADA EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA

Documento	Entregado
Factura	X
Entrada a Almacén	X
Planilla Seguridad Social	
Certificación de Aportes Personas Jurídicas	X
Otro	

Descuentos Tributarios

Documento	Entregado
Dependientes	
AFC	
AFP Aporte Voluntario	
Crédito Hipotecario	
Medicina Prepagada	

3. VERIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

El interventor o supervisor del contrato, en cumplimiento de la Ley 789 de 2002, del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, y de las demás concordantes, certifica que verificó el cumplimiento por parte del contratista del pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social (salud, pensión, Administración de Riesgos Laborales-ARL) corespondiente a:

PLANILLA	Número:	Período:	-

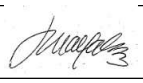
4. OBSERVACIONES AL PAGO

5. CONSTANCIA

El (Los) supervisor(es) o interventor (es) del contrato descrito en este documento certifica (n) que el contratista cumplió a satisfacción con las OBLIGACIONES y con la cláusula FORMA DE PAGO contenidas en el mismo, por lo tanto autoriza efectuar el pago respectivo.

Dada en Bogotá D.C. a los 11 dias del mes de Febrero de 2026

Generado desde SisCo el 10-02-26 08:31 PM

Firma Supervisor		Firmado digitalmente por CRUZ SILVA LINA MARIA Fecha: 2026.02.11 18:06:04 -05'00'
Nombre	LINA MARIA CRUZ SILVA	
Cargo	DIRECTOR DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES	

Elaboró: MARIA CLAUDIA ORTEGA REYES Correo Electrónico: mortegar@sdp.gov.co