CORVIVIENDA	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	Fecha:	22/2/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$30,000,000.00			Valor a Pagar:	$5,000,000.00
Número:	CPS-CVV-050-2026	Fec. Suscripción:	Ene 23 2026	Fecha de iniciación:	Ene 23 2026
N° CDP:	4	Fecha:	Ene 16 2026	Fecha de terminación:	Jul 22 2026
N° RP:	103	Fecha:	Ene 23 2026	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	HONORARIOS			Periodo a pagar:	Ene 23 2026 - Feb 22 2026

Requiere Informe: **SI** Entregó Informe: **SI** Suspensión No.: En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios profesionales como abogada en la Dirección Administrativa del Fondo de Vivienda de Interes Social y Reforma Urbana Distrital CORVIVIENDA

FORMA DE PAGO: SEIS (06) CUOTAS por valor unitario de CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($5.000.000) cada una, que se tramitaran mes vencido, hasta finalizar en contrato

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**NATALIA ANDREA HERNANDEZ MALDONADO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1140867052-3	DV.	
Dirección:	Cartagena								
Número de Teléfono:	FAX:					CEL.	323 4565424		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0**	Banco:	**N.A.**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **X** Persona Jurídica: Regimen: **N.A.**

Gran Contribuyente: Autoretenedor:

He verificado de esta información frente al RUT: SI: X NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: # de folios:

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Feb 22 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: .

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$250,000.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	$320,000.00	Periodo	ENERO
Comprobante de pago Número:		9498588150		Comprobante de pago Número:		9498588150	
Fecha de pago:		Feb 5 2026		Fecha de pago:		Feb 5 2026	

Aportes a ARL				**NOTA:**
Valor pagado	$10,500.00	Periodo	ENERO	
Comprobante de pago Número:		9498588150		
Fecha de pago:		Feb 5 2026		

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 1F4342DD-D8BF-433A-B2B7-085143392F9C

NOMBRE CONTRATISTA: NATALIA ANDREA HERNANDEZ MALDONADO

C.C.: 1140867052-3

FIRMA SUPERVISOR E359DBED-3CEB-4291-B856-79066B357BC3

NOMBRE SUPERVISOR: ESCARLE PLAZA COTA

CARGO: DIRECTORA ADMINISTRATIVA