

Consecutivo		CDPS	041	2	Año: 2026			
Numero del contrato o acuerdo: 041		Modalidad de Contrato: CONTRATACIÓN DIRECTA		Fecha de Inicio: 22/01/2026				
Nombre del Contratista: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO		C.C. o NIT: 79.844.736		Oficina o Grupo: GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL				
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS ARCHIVÍSTICOS ASÍ COMO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CORREO "CONTACTENOS", GARANTIZANDO EN TODO MOMENTO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE Y DE LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS APLICABLES AL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL.							
Ha habido modificaciones al Contrato? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		En que consisten? _____						
Fecha de ejecución del contrato: Del 22/01/2026 Al 21/09/2026								
Pago a realizar: 2 De 8		Número de pagos recibidos: 1		Cuota a certificar 2				
VALOR DEL CONTRATO		Valor inicial del contrato	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato	Valor de las cuotas			
		\$ 22.400.000		\$ 22.400.000	\$ 3.200.000			
VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA		PAGO # 1	PAGO # 2	PAGO # 3	PAGO # 4	PAGO # 5	PAGO # 6	PAGO # 7
		\$ 960.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
		PAGO # 8	PAGO # 9	PAGO # 10	PAGO # 11	PAGO # 12	PAGO # 13	PAGO # 14
		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA		\$ 960.000						
VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA:		\$ 3.200.000		TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS				
		SALDO ANTERIOR		NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO				
		\$21.440.000		\$18.240.000				
DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR								
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO				
	Número	Valor	Fecha		Número	Valor	Fecha	
CDP Inicial	9426	22.400.000 COP	12/01/2026	CRP Inicial	9326	22.400.000 COP	21/01/2026	
CDP Adición 1				CRP Adición 1				
CDP Adición 2				CRP Adición 2				
CDP V. Futura				CRP V. Futura				
Tipo de cuenta bancaria: Cuenta de ahorros		Cuenta bancaria N°: 0550489403076935		Nombre del Banco: Banco Davivienda S.A.				
Régimen: No responsable		Actividad CIU N°: 8299						
COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:								
Marque con una X	<input checked="" type="checkbox"/>	Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato.						
	<input checked="" type="checkbox"/>	Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato.						
	<input checked="" type="checkbox"/>	Que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, AFP y ARL.						
	<input checked="" type="checkbox"/>	Que se recibió el informe y entrega de las evidencias, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestión Documental SECOB en su respectivo PDF						
Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:								
PARA PAGO PARCIAL				PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:				
Persona Natural		Persona Jurídica		Persona Natural		Persona Jurídica		
1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura)	<input type="checkbox"/>	1. Factura N°	<input type="checkbox"/>	1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura)	<input type="checkbox"/>	1. Factura N°	<input type="checkbox"/>	
2. Certificado cumplimiento	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Informe de actividades	<input type="checkbox"/>	2. Certificado cumplimiento	<input type="checkbox"/>	2. Informe final detallado	<input type="checkbox"/>	
3. Informe de actividades	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>	3. Informe de actividades	<input type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>	
4. Planilla seguridad social	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales	<input type="checkbox"/>	4. Planilla seguridad social	<input type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales	<input type="checkbox"/>	
		5. Entrada de almacén	<input type="checkbox"/>	5. Acta de Entrega	<input type="checkbox"/>	5. Entrada de almacén	<input type="checkbox"/>	
		6. Acta recibido a satisfacción	<input type="checkbox"/>			6. Acta recibido a satisfacción	<input type="checkbox"/>	
						7. Evaluación desempeño	<input type="checkbox"/>	
SUPERVISOR DEL CONTRATO				RADICACIONES				
Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.				Recursos Financieros				
Nombre: MARIA MARGARITA RAMBALDO				Fecha: _____				
Firma aprobación:				Firma: _____				

Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decreto 1070 de 2013)

Fecha: 28/02/2026

DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

Datos Generales

Nombre del Contratista: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO
 Numero de identificación: 79844736
 Régimen al que pertenece: No responsable

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS ARCHIVÍSTICOS ASÍ COMO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CORREO "CONTÁCTENOS", GARANTIZANDO EN TODO MOMENTO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE Y DE LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS APLICABLES AL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL.

Declaración de ingresos:

Los servicios técnicos o profesionales que presto, requieren del uso de materiales o equipo especializado

SI NO

Los servicios técnicos o profesionales son prestados de forma personal

SI NO

Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal

SI NO

Aportes obligatorios al sistema de seguridad social

Nº Planilla de pago: <u>36485607</u>	Mes que aporta: <u>Febrero</u>
Operador PILA: <u>ASOPAGOS</u>	Valor aporte a EPS: <u>\$ 218.900</u>
Valor aporte a ARL: <u>\$ 9.200</u>	Valor aporte a AFP: <u>\$ 280.200</u>
VALOR TOTAL: <u>\$ 508.300</u>	

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigación

SI NO

Soy pensionado

SI NO De: _____

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta

SI NO

Realizo aporte a una cuenta AFC

SI NO \$ 0

Tiene dependientes económicos

SI NO

Durante el presente mes de esta certificación obtuve gastos de desplazamiento

SI NO \$ 0

Decreto 2231 del 31-12-2023 el contratista manifiesta bajo la gravedad del juramento que no se tomará costos o deducciones asociadas a dichas rentas.

SI NO

Nombre del contratista: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO

Firma: 

CERTIFICACIÓN
DE SUPERVISIÓN

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA		N° CONSECUTIVO	
NOMBRE:	LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO	041	2
DIRECCION:	CRA 78 B # 1 - 05		
TELEFONO:	3057637809	(000): N° (XX): Consecutivo Contrato factura	
CIUDAD:	BOGOTA		
NIT/CC:	79844736		

0

CONCEPTO

No. CONTRATO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO	
041	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS ARCHIVÍSTICOS ASÍ COMO EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CORREO "CONTÁCTENOS", GARANTIZANDO EN TODO MOMENTO EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE Y DE LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS APLICABLES AL MANEJO DE LA DOCUMENTACIÓN INSTITUCIONAL.	\$ 3.200.000

TIPO DE CUENTA: Cuenta de ahorros

CUENTA BANCARIA N°: 0550488403076935

BANCO: Banco Davivienda S.A.

VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS
-----------------	------------------------------------

REGIMEN: No responsable

ACTIVIDAD CIIU No.: 8299

DE LA CIUDAD DE : BOGOTA

Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO

Firma: 



**CERTIFICACIÓN
DE SUPERVISIÓN**

Nombre del Contratista:	LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO	N° de contrato:	041
Oficina o Grupo:	GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL		
N° Informe:	2	de	8
LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO			

N°	OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Recibir, revisar y radicar oportunamente las solicitudes ingresadas por el canal "Contáctenos".	Se da cumplimiento de acuerdo a evidencias presetadas a supervisión. - Link Supervisión Contratos: https://supervigilanciagovco.sharepoint.com/:f/s/GrupodeGestinDocumental/gD7mg76RDUwTJc8_YYlpGOzAU8x1Ch91MTCZoLgpEL6hPk?e=fMRzZS Carpeta Luis Eduardo Mosquera - Correo Reparto.
2	Clasificar las solicitudes según su tipología, asignarles el radicado y remitirla al área y/o grupo correspondiente.	Se da cumplimiento de acuerdo a evidencias presetadas a supervisión. - SharePoint Contingencia 2026
3	Organizar los archivos del grupo o dependencia asignada, garantizando su integridad y trazabilidad.	Para este mes no se realiza la actividad, según las unciones presentadas en el Link de Supervision del Contrato.
4	Apoyar el acceso a la información mediante la localización, recuperación y entrega de documentos requeridos por las áreas de la Superintendencia.	Para este mes no se realiza la actividad, según las unciones presentadas en el Link de Supervision del Contrato.
5	Elaborar informes técnicos sobre el estado de los archivos y procesos documentales.	Para este mes no se realiza la actividad, según las unciones presentadas en el Link de Supervision del Contrato.
6	Registrar y cargar las solicitudes en el sistema de gestión documental o aplicativo institucional definido.	Para este mes no se realiza la actividad, según las unciones presentadas en el Link de Supervision del Contrato.
7	Garantizar la confidencialidad y el manejo adecuado de la información recibida.	Para este mes no se realiza la actividad, según las unciones presentadas en el Link de Supervision del Contrato.
8	Las demás que le sean asignadas por las normas vigentes.	Se ha dado cumplimiento a los requerimientos asignados.
9		
10		
11		
12		
13		

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

Como contratista me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato. Que previamente se realiza la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces.	Como supervisor de este contrato me permito certificar que: -Durante el presente periodo el contratista dio cumplimiento al objeto del contrato, previa verificación de las actividades ejecutadas. -La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.
---	---

Firma Contratista: 	Firma Supervisor: 
--	---



RAZÓN SOCIAL :	LUIS EDUARDO MOSQUERA LOZANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-79844736
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-10
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36485607
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36485607
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	850065942	COMPENSAR-EP9	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
25-14	900338004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 508.300	\$ 508.300

SIN PAGAR

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/04/2026
----------------------------------	------------