INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN

CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	476	2025		Del 1 al 31 de ENERO de 2026

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	47825456	NuBank

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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO

Objeto del contrato	OACRI-022 Prestar servicios profesionales para diseñar, elaborar, producir y generar piezas gráficas y comunicativas de actividades internas y misionales 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)			Año
	9	12	2025		8	2	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)	$7,000,000
854	2025	906	2025	Valor inicial del contrato	$14,000,000
				Valor total de adiciones al contrato	
				Valor total del contrato (actualizar por adición)	**$14,000,000**
				Avance Financiero	$5,133,333
				Valor a pagar	**$7.000.000**
				Saldo del contrato	$1.866.667

FACTURA (si aplica)

Factura		Notas debido o credito a la factura (si aplica)	Nota Débito		Nota Crédito	
Número	Día/Mes/Año					Día/Mes/Año

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
1 (0,522%)	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.	NO	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.	NO

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

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.

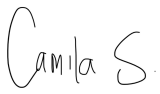
OBSERVACIONES AL PAGO (Si aplica)

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.

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

SUPERVISOR (ES)			
Firma:	Supervisor 1: 	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	German Duque Arias		
Cargo:	**Jefe OACRI**		
Dependencia:	**OACRI**		

CONTRATISTA		INTERVENTOR	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista (natural o jurídica)**:**	Camila Andrea Alba Salamanca	**Nombre:**	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	1,000,519,429	**Cargo:**	
Representante legal (Persona Jurídica)**:**		**Entidad:**	
Correo institucional (si aplica)**:**		**NIT:**	
Correo personal:	milandreasala2002@gmail.com		
Teléfono o celular de contacto:	3115827974		
Dirección de residencia:	Calle 24B #72A-32		

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.

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

INFORME MENSUAL DE EJECUCION

DATOS DEL INFORME

CONTRATO		NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	476	2025		DEL 1 AL 31 DE ENERO 2026

DATOS DEL CONTRATO

Objeto del contrato		Fecha inicio del contrato			Fecha terminación del contrato (modificar en caso de prórroga o suspensión)		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
	OACRI-022 Prestar servicios profesionales para diseñar, elaborar, producir y generar piezas gráficas y comunicativas de actividades internas y misionales de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.	9	12	2025	8	2	2026

EJECUCION DE ACTIVIDADES

Obligación especifica del contrato	Actividades realizadas
1. Crear anuncios, revistas, periódicos, newsletters, campañas publicitarias, campañas de email marketing.	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
2. Diseñar páginas web, aplicaciones, interfaces de usuario (UI).	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
3. Crear y adaptar piezas gráficas que representen adecuadamente la identidad institucional de la Entidad, asegurando el cumplimiento de los estándares de comunicación visual establecidos por la UAESP.	-Diagrame la presentación Campaña del EcoFest -Realicé la presentación de Cultura ciudadana
4. Crear materiales gráficos para medios impresos y digitales.	-Diagrame la presentación Campaña del EcoFest -Realicé la presentación de Cultura ciudadana y su respectiva adaptación para difusión digital.
5. Retocar fotos para señalización digital. 6. Realizar difusión de eventos y actividades misionales de la entidad en los canales digitales.	-En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación. -En el periodo señalado no se requirieron actividades de la obligación.
7. Gestionar la elaboración y entrega de insumos y piezas gráficas requeridas en proyectos multidisciplinarios, coordinando oportunamente las acciones propias de su labor y articulándose con los equipos designados por la UAESP.	-Realicé acomodamiento a limpieza en el Chorro de Quevedo -Tome material audiovisual para la edición del video de limpieza en Chorro de Quevedo -Realicé la edición del video de multa a clínica estética Cero Dolor -Edité video de Bajo Puentes pintados -Edité video del director en CTAS -Edité video limpieza en plaza de mercado de Fontibón -Edité video de la estrategia de Cazainfractores -Edité video de limpieza en la Caracas -Edité video de sanción a clínica veterinaria -Realicé acompañamiento a grabación en Ciudad Bolívar -Realicé video de pedagogía de Luz Dary -Produje video de Ecopuntos en Ciudad Bolívar -Edite video limpieza Bajo Puente Barrios Unidos Puente 80 -Realicé edición de video clínica veterinaria Nutrivet -Realicé video de Cifras de la semana -Diagrame la presentación Campaña del EcoFest -Realicé la presentación de Cultura ciudadana -Realicé edición de Video para Concejo de Comportamientos -Realicé edición de video para Concejo de Pedagogía -Realicé cubrimiento de CTAS Suba.
8. Participar en reuniones, actividades y eventos que sean requeridos por el supervisor del contrato **9.** Ejecutar otras funciones asignadas por el supervisor, siempre que estén alineadas con el objeto contractual. **10**. Realizar un reporte trimestral y a la finalización del plazo del contrato del estado del trámite de Los asuntos que le han sido asignados por el sistema Orfeo.	8. Participe en consejos de redacción agendados por la Oficina Asesora de Comunicaciones. 9. Realicé varios cubrimientos y acompañamientos a diferentes eventos y operativos asignados por el supervisor. 10. En el periodo señalado no se requirio actividad de la obligación

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 OACRI		
Dependencia:	OACRI		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista:	Camila Andrea Alba Salamanca	**Nombre:**	
Nombre representante Legal (persona jurídica):		**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 SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES (si aplica)

	Apoyo a la supervisión 1:	Apoyo a la supervisión 2:
Firma:		
Nombre:	Angela Cuestas	
Cargo:	Juridica	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000519429		CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 24b no 72a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115827974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2094606507	9496941793	I	2026/01/09	2026/01/19	BANCO DAVIVIENDA	10	$466,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000	$15,400		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000	$15,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000	$15,400		$0	$0
1	CC	1000519429	ALBA CAMILA	230301	30	$1,470,000	$235,200	EPS017	30	$1,470,000	$183,800	CCF22	30	$1,470,000	$29,400	14-23	30	$1,470,000	$15,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$1,470,000	$29,400			$1,470,000	$15,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000519429		CAMILA ANDREA ALBA SALAMANCA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 24b no 72a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115827974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2094606507	9496941793	I	2026/01/09	2026/01/19	BANCO DAVIVIENDA	10	$466,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,200	$1,500	$0	$236,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$235,200	$1,500	$0	$236,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,400	$100	$0	$15,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,400	$100	$0	$15,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,400	$200	$0	$29,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$29,400	$200	$0	$29,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,800	$1,200	$0	$185,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$183,800	$1,200	$0	$185,000
TOTAL				1	$463,800	$3,000	$0	$466,800

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000519429		ALBA SALAMANCA CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 24b no 72a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115827974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	73812983	9498692906	N	2026/01/09	2026/02/18	NEQUI	40	$430,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,200			$1,330,000	$26,600			$1,330,000	$13,900		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,200			$1,330,000	$26,600			$1,330,000	$13,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,200			$1,330,000	$26,600			$1,330,000	$13,900		$0	$0
1	CC	1000519429	ALBA CAMILA	230301	30	($1,470,000)	($235,200)	EPS017	30	($1,470,000)	($183,800)	CCF22	30	($1,470,000)	($29,400)	14-23	30	($1,470,000)	($15,400)	30	$0	$0
2	CC	1000519429	ALBA CAMILA	230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS017	30	$2,800,000	$350,000	CCF22	30	$2,800,000	$56,000	14-23	30	$2,800,000	$29,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,200			$1,330,000	$26,600			$1,330,000	$13,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000519429		ALBA SALAMANCA CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 24b no 72a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115827974	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	73812983	9498692906	N	2026/01/09	2026/02/18	NEQUI	40	$430,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,800	$5,300	$0	$218,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$212,800	$5,300	$0	$218,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,900	$400	$0	$14,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,900	$400	$0	$14,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,600	$700	$0	$27,300
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,600	$700	$0	$27,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,200	$4,200	$0	$170,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$166,200	$4,200	$0	$170,400
TOTAL				1	$419,500	$10,600	$0	$430,100

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	INFORME 1- 9 AL 31 DE DICIEMBRE CPU -476-2025	7/01/2026 11:40:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	10 horas de tiempo transcurrido *(10/02/2026 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5.133.333 COP	Pagado	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CRP -CONTRATO UAESP-476-2025.pdf	CRP -CONTRATO UAESP-476-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL -CONTRATO UAESP-476-2025.pdf	ARL -CONTRATO UAESP-476-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	FORMATO DE RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD.pdf	FORMATO DE RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CTO. No. UAESP 476-2025-CAMILA ANDREA ALBA SALAMNCA.pdf	ACTA DE INICIO CTO. No. UAESP 476-2025-CAMILA ANDREA ALBA SALAMNCA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	-INFORME CAMILA ALBA DICIEMBRE PAGO 001.pdf (1).pdf	-INFORME CAMILA ALBA DICIEMBRE PAGO 001.pdf (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >