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	540	VIGENCIA	2025
NUMERO DE CONTRATO	501	FECHA SUSCRIPCIÓN	30/04/2025
OBJETO	SOPORTE TÉCNICO PARA LOS SERVIDORES, LIBRERIA Y EQUIPOS DE CONECTIVIDAD		
CONTRATISTA	SOPORTCOL S.A.S		
C.C. o NIT	NIT 9001285014		
DATOS CUENTA BANCARIA ÚNICA	No.	161887112	
	Clase	Cuenta de Ahorros	
	Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTA	
SUPERVISOR O INTERVENTOR	LINA MARIA CRUZ SILVA		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$180,000,000		
VALOR TOTAL A PAGAR	$15,000,000		

Rubro:	Nombre:	Saldo Ant.	Valor a Pagar	Nuevo Saldo
O21202020080383132	Servicios de soporte en tecnologías de la información (TI)	$30,000,000	$15,000,000	$15,000,000

No. RP Interno	No. RP Externo	Vlr RP	Saldo Ant.	Valor a Pagar	Nuevo Saldo
5000881444	573	$180,000,000	$30,000,000	$15,000,000	$15,000,000

	Saldo Anterior	Total Vlr Pagar	Nuevo Saldo
Sumatoria Rubros	$30,000,000	$15,000,000	$15,000,000

Sumatoria RPs	Nro. Rp	Valor RP	Saldo Anterior	Total Vlr Pagar	Nuevo Saldo
	573	$180,000,000	$30,000,000	$15,000,000	$15,000,000
	TOTAL:	$180,000,000	$30,000,000	$15,000,000	$15,000,000

FACTURA	Número: ACE 12219		FECHA: 13/04/2026
PERIODO A CERTIFICARSE	Desde: 13/03/2026	Hasta: 12/04/2026	
NRO DE PAGO A EFECTUARSE	11		

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

Documento	Entregado
Factura	X
Entrada a Almacén	
Planilla Seguridad Social	X
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: 68871113	Período:	Pension: Marzo - Salud: Abril

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 14 dias del mes de Abril de 2026

Generado desde SisCo el 14-04-26 10:41 AM

Firma Supervisor		Firmado digitalmente por CRUZ SILVA LINA MARIA Fecha: 2026.04.14 13:46:55 -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

Generado desde SisCo el14-04-26 10:41 AM