


Consecutivo		CDPS	124	2	Año: 2026		
Número del contrato o acuerdo: <u>124</u>		Modalidad de Contrato: <u>CONTRATACIÓN DIRECTA</u>		Fecha de Inicio: <u>02/02/2026</u>			
Nombre del Contratista: <u>LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ</u>		C.C. o NIT: <u>49.689.264</u>		Oficina o Grupo: <u>GRUPO DE SANCIONES</u>			
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO TECNICO Y ADMINISTRATIVO A LA DELEGADA PARA EL CONTROL, MEDIANTE LA SUSTANCIACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS Y EL TRAMITE DE ACTUACIONES PROCESALES DE SU COMPETENCIA.						
Ha habido modificaciones al Contrato? Si <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		En que consisten? _____					
Fecha de ejecución del contrato: Del <u>2/02/2026</u> Al <u>01/08/2026</u>							
Pago a realizar: <u>2</u> De <u>7</u>		Número de pagos recibidos: <u>1</u>		Cuota a certificar <u>2</u>			
VALOR DEL CONTRATO							
Valor Inicial del contrato	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato	Valor de las cuotas				
\$ 45.000.000	\$ 0	\$ 45.000.000	\$ 7.500.000				
VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA							
PAGO # 1	PAGO # 2	PAGO # 3	PAGO # 4	PAGO # 5	PAGO # 6	PAGO # 7	
\$ 7.250.000	\$ 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		\$ 7.250.000					
VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :		\$ 7.500.000		SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE			
SALDO ANTERIOR		NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO					
\$37.750.000		\$30.250.000					
DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR							
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO				
	Número	Valor	Fecha		Número	Valor	Fecha
CDP Inicial	17426	\$ 45.000.000	20/01/2026	CRP Inicial	14026	\$ 45.000.000	25/01/2026
CDP Adición 1				CRP Adición 1			
CDP Adición 2				CRP Adición 2			
CDP V. Futura				CRP V. Futura			
Tipo de cuenta bancaria: <u>Cuenta de ahorros</u>		Cuenta bancaria N°: <u>488436779299</u>		Nombre del Banco: <u>Banco Davivienda S.A.</u>			
Régimen: <u>No responsable</u>		Actividad CIIU N°: <u>6910</u>					
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 SECOP 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 checked="" 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: <u>HENRY ALONSO VELANDIA RODRIGUEZ</u>				Fecha: _____			
Firma aprobación: 				Firma: _____			

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA		N° CONSECUTIVO	
NOMBRE:	LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ	124 . 2 (000): N° Contrato (XX): Consecutivo factura	
DIRECCION:	CRA 12A No 163B-04		
TELEFONO:	3157259140		
CIUDAD:	BOGOTA D.C		
NIT/CC:	49689264		

CONCEPTO

No. CONTRATO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO	
124	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO TECNICO Y ADMINISTRATIVO A LA DELEGADA PARA EL CONTROL, MEDIANTE LA SUSTANCIACION DE ACTOS ADMINISTRATIVOS Y EL TRAMITE DE ACTUACIONES PROCESALES DE SU COMPETENCIA.	\$ 7.500.000

TIPO DE CUENTA: Cuenta de ahorros

CUENTA BANCARIA N°: 488436779299

BANCO: Banco Davivienda S.A.

VALOR EN LETRAS	SIETE MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE
------------------------	---

REGIMEN: No responsable

ACTIVIDAD CIU No.: 6910

DE LA CIUDAD DE : BOGOTA D.C

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

Nombre: LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ

Firma: 



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

Fecha: 30/03/2026 ✓

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

Datos Generales

Nombre del Contratista: LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ
 Numero de identificacion: 49689264
 Régimen al que pertenece: No responsable ✓

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: 9503076580 ✓ Mes que aporta: Marzo ✓

Operador PILA: APORTES EN LÍNEA Valor aporte a EPS: \$ 375.000

Valor aporte a ARL: \$ 15.600 Valor aporte a AFP: _____

VALOR TOTAL: \$ 390.600 ✓

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: LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ

Firma:

Lucelly Martinez R



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49689264		MARTINEZ RODRIGUEZ LUCELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 17 No. 13-32	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5766828	No

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Salud	2026-03	Planilla	Planilla	Planilla	N	Limite	2026/04/17	Pago	2026/04/15
	93007434							Banco	BANCO DE OCCIDENTE
								Dias Mora	0
								Valor	\$390,600

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0	\$375,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,000,000	\$15,600	\$0	\$0	\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0	\$3,000,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,000,000	\$15,600	\$0	\$0	\$0	\$0	
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$0	\$0	\$3,000,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,000,000	\$15,600	\$0	\$0	\$0	\$0	
1	CC 49689264	MARTINEZ LUCELLY	0	0	\$0	\$0	(52,189,200)	(523,700)	0	14-25	30	(51,500)	0	0	0	0	0	0
2	CC 49689264	MARTINEZ LUCELLY	0	0	\$0	\$0	\$5,189,200	\$648,700	0	14-25	30	\$5,189,200	\$27,100	0	0	0	0	0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0	\$3,000,000	\$375,000				\$3,000,000	\$15,600				\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 49689264		MARTINEZ RODRIGUEZ LUCELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 17 No. 13-32	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5766828	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
Pensión	Pago	Planilla	Limite	Pago	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$390,600		
2026-03	93007434	N	2026/04/17	2026/04/15					

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,600	\$0	\$0	\$15,600	
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	\$15,600	\$0	\$0	\$15,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$375,000	\$0	\$0	\$375,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$375,000	\$0	\$0	\$375,000	
TOTAL				1	\$390,600	\$0	\$0	\$390,600	