FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

DENOMINACION DEL CONTRATO			
N° DEL INFORME:	01	**FECHA:**	**FEBRERO 2026**
N° CONTRATO Y FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	035-01-2026	**FECHA:**	30/01/2026
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ALEXANDER DE LA HOZ OQUENDO		
IDENTIFICACIÓN:	72.015.231		
DE LA ETAPA CONTRACTUAL			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ASESORAR EN LA ACTUALIZACIÓN Y/0 AJUSTE DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA DIRECCIÓN DISTRITAL DE LIQUIDACIONES		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**IDENTIFICACION:**	**PLAZO DEL CONTRATO**	
FUNDACIÓN LEISAN DE LA REGIÓN CARIBE	901.874.091-9	El plazo de ejecución del Contrato es de Tres (03) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio	
NÚMERO DE CDP:	26000045	**FECHA**	27/01/2026
NÚMERO DE CERTIFICADO RP:	26000043	**FECHA**	30/01/2026

GARANTIAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA:			
AMPAROS	**ASEGURADORA**	**N° DE PÓLIZA**	**VIGENCIA DESDE/HASTA**
CUMPLIMIENTO			/
PAGO ANTICIPADO			/
SALARIO Y PRESTACIONES			/
OTROS			/

FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	**FORMA DE PAGO**
ENERO 30 DE 2026	La Dirección Distrital de Liquidaciones pagará al Contratista el valor del contrato de la siguiente manera: un primer pago por la suma de: VEINTE Y CINCO MILLONES DE PESOS M/L ($25.000.000) y dos pagos iguales por la suma de: VEINTE Y DOS MILLONES DE PESOS M/L ($22.500.000) una vez presentado y aprobado los informes de gestión respectivo. previa presentación de la cuenta de cobro entregada por parte del contratista y constancia de recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato y verificación del pago de los aportes a la seguridad social sobre el porcentaje de Ley.

¿SE REALIZO ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO?				
ANTICIPO	**SI**		**VALOR:**	
	NO	X		
PAGO ANTICIPADO	**SI**		**VALOR:**	
	NO	X		

EN LOS TÉRMINOS DEL CONTRATO HUBO				
OTRO SI	**FECHA**		**NÚMERO**	
ADICIONES	**FECHA**		**NÚMERO**	
	VALOR			

PAGO IMPUESTOS DISTRITALES Y DEPARTAMENTALES			
DENOMINACIÓN DEL IMPUESTO	**APLICA**	**N° DE RECIBO**	**VALOR**
ESTAMPILLA PRO DESARROLLO	N/A		
ESTAMPILLA PRO CIUDADELA	N/A		
ESTAMPILLA ITSA	SI	20260052883	218.000
ESTAMPILLA PROCULTURA	SI	20260052884	364.000
ESTAMPILLA PRO DOTACIÓN TERCERA EDAD	SI	20260052887	1.820.000
TIMBRE	N/A		
ACREDITACIÓN PAGOS APORTES	**40% DEL CONTRATO**		**VALOR PAGADO**

FORMATO DE INFORME DE GESTIÓN DEL SUPERVISOR

SALUD	CERTIFICACIÓN ANEXA	CERTIFICACIÓN ANEXA	
PENSIÓN	CERTIFICACIÓN ANEXA	CERTIFICACIÓN ANEXA	
ARL	CERTIFICACIÓN ANEXA	CERTIFICACIÓN ANEXA	
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
VALOR DEL CONTRATO	**$ 70.000.000**		
VALOR EJECUTADO	$ 25.000.000		
VALOR COBRADO EN EL PRESENTE INFORME	$ 25.000.000	**N° FACTURA /CUENTA DE COBRO**	FLDR-39
VALOR POR EJECUTAR	$ 45.000.000		
PERIODO DE EJECUCION	Del 30 de enero al 28 de febrero del 2026		
CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO			
CON EL PRESENTE INFORME CERTIFICO QUE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN ESTE DOCUMENTO LOS HE VERIFICADO PERSONALMENTE, POR LO QUE RATIFICÓ EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO, COMO TAMBIÉN DEJÓ CONSTANCIA QUE EL PAGO DE LOS IMPUESTOS Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDE A LAS NORMAS VIGENTES, DE IGUAL MANERA ADJUNTO EL INFORME DEL CONTRATISTA DONDE SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL, CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO.			
			
FIRMA DEL SUPERVISOR			