

Consecutivo **CDPS** **124** **2** Año **2026**

Numero del contrato o acuerdo: **124** Modalidad de Contrato: **CONTRATACIÓN DIRECTA** Fecha de Inicio: **02/02/2026**
 Nombre del Contratista: **LUCELLY MARTINEZ RODRIGUEZ** C.C. o NIT: **49.689.264** Oficina o Grupo: **GRUPO DE SANCIONES**

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 NO En que consisten? _____
 Fecha de ejecución del contrato: Del **2/02/2026** Al **01/08/2025**
 Pago a realizar: **2** De **7** 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
	\$ 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: **\$ 7.500.000**

VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA: **\$ 7.500.000** SIETE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCTE

SALDO ANTERIOR: **\$37.750.000** NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO: **\$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	17626	\$ 45.000.000	20/01/2026
CDP Adición 1				CRP Adición 1	14026		25/01/2026
CDP Adición 2				CRP Adición 2			
CDP V. Futura				CRP V. Futura			

Tipo de cuenta bancaria: **Cuenta de ahorros** Cuenta bancaria N°: **488436779299** Nombre del Banco: **Banco Davivienda S.A.**
 Régimen: **No responsable** Actividad CIU N°: **6910**

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:

- Marque con una X
- Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato.
 - Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato.
 - 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.
 - 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	
Persona Natural	Persona Jurídica
1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) <input checked="" type="checkbox"/>	1. Factura N° <input type="checkbox"/>
2. Certificado cumplimiento <input checked="" type="checkbox"/>	2. Informe de actividades <input type="checkbox"/>
3. Informe de actividades <input checked="" type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/>
4. Planilla seguridad social <input checked="" type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales <input type="checkbox"/>
	5. Entrada de almacén <input type="checkbox"/>
	6. Acta recibido a satisfacción <input type="checkbox"/>

PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:	
Persona Natural	Persona Jurídica
1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) <input type="checkbox"/>	1. Factura N° <input type="checkbox"/>
2. Certificado cumplimiento <input type="checkbox"/>	2. Informe final detallado <input type="checkbox"/>
3. Informe de actividades <input type="checkbox"/>	3. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/>
4. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/>	4. Certificación aportes parafiscales <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"/>
	7. Evaluación desempeño <input type="checkbox"/>

SUPERVISOR DEL CONTRATO

Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señaló en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.

Nombre: **HENRY ALONSO VELANDIA RODRIGUEZ**
 Firma aprobación: _____

RADICACIONES

Recursos Financieros

Fecha: _____
 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 tecnicos 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 investigacion

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

[Handwritten signature]

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	5766838	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION	
Periodo	Clave
Salud	Planilla
2026-03	9503076580
Pago	Limite
93007434	2026/04/17
Fecha	
Pago	Banco
2026/04/15	BANCO DE OCCIDENTE
Pago	
Dias Mora	Valor
0	\$390,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$0	\$0	\$375,000	\$375,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$0	\$0	\$375,000	\$375,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)			\$0	\$0	\$375,000	\$375,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1	CC-49689264	MARTINEZ LUCELY	0	0	\$375,000	\$375,000	0	0	\$0	14-25	30	\$2,189,200	(\$11,500)	0	\$0	\$0	\$0
2	CC-49689264	MARTINEZ LUCELY	0	0	\$375,000	\$375,000	0	0	\$0	14-25	30	\$5,189,200	\$27,100	0	\$0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)			\$0	\$0	\$375,000	\$375,000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3,000,000	\$15,600	\$0	\$0	\$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 LUCELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 17 No. 13-32	AGUSTIN CODAZZI-CEGAR	5766828	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2026-03	93007434	N	2026/04/17	2026/04/15	\$390,600

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

**CERTIFICACIÓN
DE SUPERVISIÓN**



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

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 DOSCIENTOS CINCUENTA 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: *Lucelly Martinez R* ✓

