ICANH	PROCEDIMIENTO POSTCONTRACTUAL	CÓDIGO:	GC-PR-09-FO-04
		VERSIÓN:	06
	FORMATO CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN	FECHA:	26/1/2026

FECHA DE EXPEDICIÓN

MES	AÑO
MAYO	2026

I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR

DATOS DEL SUPERVISOR

NOMBRES Y APELLIDOS:	Nathalí Marín García
CARGO:	Coordinadora de comunicaciones
DEPENDENCIA:	Subdirección Apropiación Social y relacionamiento con el ciudadano
CORREO ELECTRÓNICO:	comunicaciones@icanh.gov.co

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	IDENTIFICACIÓN	
Julián Daniel Morales Flórez	C.C.	1.015.441.546

TIPO DE CONTRATACIÓN: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL

No. Contrato	Suscrito en la
174	2026

FECHA DE INICIO: DD/MM/AAAA 22/1/2026

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: DD/MM/AAAA 21/12/2026

OBJETO CONTRACTUAL

Prestar servicios profesionales, con autonomía técnica, administrativa y financiera a la Subdirección de Apropiación Social y Relacionamiento con la Ciudadanía para apoyar la realización de actividades relacionadas con las Comunicaciones del ICANH, mediante la creación, preproducción, producción, grabación, edición y masterización de contenidos sonoros y audiovisuales.

III. INFORMACIÓN DEL PERIODO CERTIFICADO PARA PAGO

PERIODO CERTIFICADO: **DESDE:** DD/MM/AAAA 1/5/2026 **HASTA:** DD/MM/AAAA 20/5/2026

¿Este periodo corresponde a primer pago? NO
¿Este periodo corresponde a último pago? NO
¿Para este pago aplica alguna novedad? SI Cual? Cesión

CERTIFICO QUE EL (LA) CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPOS PACTADOS CON EL INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGIA E HISTORIA ICANH, POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE:

VALOR A PAGAR			No. DE FACTURA	FECHA DE FACTURA
$ 3.955.072	¿ES RESPONSABLE DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA?	NO		
	¿ES RESPONSABLE DE IVA?	NO		
	¿ES DECLARANTE DE RENTA?	SI		

EL (LA) CONTRATISTA PRESENTA LA(S) PLANILLA(S) Y SOPORTE(S) DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL DE CONFORMIDAD CON EL MONTO Y TIEMPO QUE CERTIFICO: (NO APLICA PARA EL PRIMER PAGO):

NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO DE COTIZACIÓN		TARIFA	COTIZACIÓN MÍNIMA
1081946216	MAYO	IBC	40,0%	$ 1.750.905
		SALUD:	12,5%	$ 218.900
	¿ES PENSIONADO/A? NO	PENSIÓN :	16%	$ 280.100
	¿PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL AL MES COBRADO? SI	ARL:	0,522%	$ 9.100

ENTIDAD APORTES ARL: POSITIVA

EL (LA) CONTRATISTA CERTIFICA QUE COTIZÓ AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, SOBRE UNA BASE MÍNIMA DEL 40% DEL VALOR MENSUALIZADO DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY 789/2002, DECRETO 1703/2002 Y DECRETO 1273 DE 2018 Y/O NORMAS QUE LO ADICIONEN O LO MODIFIQUEN.

IV. EJECUCIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO

1.	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 65.258.688
2.	VALOR ADICIÓN O ADICIONES	
3.	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 65.258.688**
4.	VALOR CANCELADO ACUMULADO	$ 19.577.606
5.	VALOR DEL PRESENTE PAGO	$ 3.955.072
6.	**SALDO DEL CONTRATO**	**$ 41.726.010**

PARA ESTE PAGO AFÉCTESE EL (LOS) SIGUIENTE(S) REGISTRO(S) PRESPUESTAL(ES):

		RP		AÑO
1.	No.	19626	expedido en la vigencia	2026
2.	No.		expedido en la vigencia	
3.	No.		expedido en la vigencia	

PAGO No. 5 DE 12

SEGUIMIENTO DE PAGOS	
ENERO	$ 1.779.782
FEBRERO	$ 5.932.608
MARZO	$ 5.932.608
ABRIL	$ 5.932.608
MAYO	$ 3.955.072
JUNIO	$ -
JULIO	$ -
AGOSTO	$ -
SEPTIEMBRE	$ -
OCTUBRE	$ -
NOVIEMBRE	$ -
DICIEMBRE	$ -
Vr. ACUMULADO	**$ 23.532.678**

V. OBSERVACIONES

Se presenta pago de seguridad Social mes vencido (Abril) con una adición según ajustes de central de cuentas y se pagó seguridad del mes de Mayo para estar al día:
1. Primer pago de planilla de ABRIL por valor de $518.900 con número 1081674214
2. Adición Planilla ABRIL por un valor de $184.000 con número 1082090601
3. Pago de planilla de MAYO por valor de $518.900 con número 1081946216
Se presenta en un documentos todas las planillas adjuntas

VI. FIRMAS

Firma Contratista*	Firma Apoyo a la	Firma Supervisor (a)*
Julián Daniel Morales Flórez	**Nombre:**	**Nathalí Marín García**
1.015.441.546		**Coordinadora de comunicaciones**

En cumplimiento del Parágrafo 1° del Artículo 4, del Decreto 2271 de 18 de junio de 2009, me permito certificar en calidad de contratista y bajo la gravedad de juramento, que los documentos soportes del pago del periodo arriba certificado, corresponden a los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social del mes inmediatamente anterior (ingresos provenientes del contrato suscrito con el ICANH).

*El presente documento se entenderá suscrito por el (la) contratista con el correspondiente cargue del mismo y sus correspondientes soportes en la plataforma SECOP II y con la firma dígital, gráfica y/o escaneada para aquellos contratos adelantados en la plataforma SECOP I; así mismo, se entenderá suscrito por el(la) supervisor(a) con la aprobación de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y con la firma dígital, gráfica y/o escaneada para aquellos contratos adelantados bajo la plataforma SECOP I.

Este Certificado de Supervisión se deberá cargar en la plataforma SECOP II en archivo PDF.