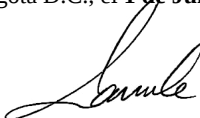


 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. DESARROLLO ECONÓMICO Secretaría de Desarrollo Económico	CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN PARA PAGO	Código	FT-28-PR-COT-10	
	Asociado al procedimiento: Aplica a todos los procedimientos de contratación	Versión	4	
		Página	1 de 1	

CONTRATO / CONVENIO No. Contrato 0291-2025 de Prestación de servicios	Fecha de suscripción: 3 de Febrero de 2025						
OBJETO: Prestar servicios profesionales para dar apoyo en la revisión y posterior análisis de la información producida por las áreas misionales en atención a los programas y proyectos que lideran al interior de la Secretaría Distrital de Desarrollo Económico.							
SUPERVISOR: JOSE ORLANDO FUENTES ORTEGA, SUBSECRETARIO(A) DE DESPACHO							
CERTIFICA							
Que BRAYAN CAMILO LAVERDE MELO , identificado con CC No. 1,004,924,747 , cumplió el objeto contractual y obligaciones durante el periodo comprendido entre el 1 de Mayo de 2026 y el 31 de Mayo de 2026							
DETALLES DE LA EJECUCIÓN DEL PERIODO Y ACUMULADA							
Valor ejecutado este periodo: \$ <u>5,850,000.00</u> Valor ejecutado acumulado (incluyendo este periodo): \$ <u>93,015,000.00</u>							
Porcentaje acumulados de ejecución (Incluyen este periodo): Ejecución Física <u>96.36 %</u> Ejecución Financiera <u>96.36 %</u>							
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
Se efectuaron los pagos al Sistema General de Seguridad Social correspondientes al mes de Mayo de 2026							
FINANCIACIÓN DEL PAGO							
<table><tr><th>Vigencia</th><th>Rubro</th><th>Valor</th></tr><tr><td>2025</td><td>O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital</td><td>5,850,000.00</td></tr></table>		Vigencia	Rubro	Valor	2025	O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital	5,850,000.00
Vigencia	Rubro	Valor					
2025	O230117459920240269 Fortalecimiento de la capacidad administrativa y técnica de la Secretaría Distrital	5,850,000.00					
AUTORIZACIÓN DE PAGO							
Que teniendo en cuenta lo anterior, y en cumplimiento de la cláusula FORMA DE PAGO ó DE DESEMBOLSO DE LOS APORTES según corresponda, del Contrato o Convenio de la referencia, el suscrito supervisor AUTORIZA el pago No. <u>DIECISEIS (16)</u> , correspondiente a la suma de CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/L (\$5,850,000.00) .							
Por indicación del Contratista o Asociado, el valor neto del pago será consignado en la Cuenta Bancaria de Ahorros No. 111130116367 de Banco Falabella .							
Se expide esta certificación para el correspondiente trámite de pago, en Bogotá D.C., el 1 de Junio de 2026							
FUENTES ORTEGA JOSE ORLANDO Firmado digitalmente por FUENTES ORTEGA JOSE ORLANDO Fecha: 2026.06.01 00:09:24 -05'00' JOSE ORLANDO FUENTES ORTEGA SUBSECRETARIO(A) DE DESPACHO	 BRAYAN CAMILO LAVERDE MELO Contratista						

Los siguientes documentos deben ser entregados a la Dirección de Gestión Corporativa

Esta certificación, soportes y anexos, aceptados por el supervisor: Dos (2) ejemplares de cada documento.
Informes de ejecución aceptados por el supervisor: Un (1) ejemplar para el expediente contractual.

El recibo de la documentación adjunta no implica la verificación ni la aceptación de su contenido por parte de la Entidad.

CORDIS AQUÍ. AHORRE PAPEL: NO USE MEMORANDO REMISORIO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1004924747	BRAYAN CAMILO LAVERDE MELO		Calle 22 # 1 - 80 Este	3227295091	brayancamilolaverdemelo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86694815	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$679.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	292.500	0		0		0	0	0	0	292.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	374.400	0	0	0	0	0	0		374.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.300				12.300	0	0	12.300			123	12.300	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292.500	292.500
Pensión	1	374.400	374.400
Riesgos Laborales	1	12.300	12.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	679.200	679.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1004924747	BRAYAN CAMILO LAVERDE MELO		Calle 22 # 1 - 80 Este	3227295091	brayancamilolaverdemelo@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86694815	29/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$679.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1004924747	LAVERDE MELO BRAYAN CAMILO	59	0			N																230201	2.340.000	30	374.400	0	0	0	0	EPS010	2.340.000	30	292.500	14-23	2.340.000	30	1	12.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0