

CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	Abril de 2026														
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	243	2026																
Tipo de pago (seleccione una opción)	SIGUIENTE PAGO		¿Novedad que aplica para el periodo a cobrar? (seleccione en la lista desplegable)		N/A														
INFORMACIÓN BANCARIA																			
Tipo de cuenta (ahorros o corriente)		Número de cuenta		Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH															
Ahorros		20263000033953		DAVIVIENDA															
ENDOSO (aplica únicamente para personas jurídicas)																			
Nombre del Titular		Número C.C. / NIT		Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH															
SOLICITUD CONSIGNACIÓN EN CUENTA AFC (aplica únicamente para persona natural)																			
Número de cuenta		Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH			valor por consignar (en pesos)														
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO																			
Objeto del contrato	SAF-075 Prestar servicios de apoyo a la gestión a la Subdirección Administrativa y Financiera desarrollando con responsabilidad y habilidad la conducción de los vehículos automotores de la UAESP de acuerdo a las normas de tránsito vigentes.																		
Fecha inicio del contrato	Día	Mes	Año	Fecha terminación del contrato (modificar por prórroga o suspensión del contrato)	Día	Mes	Año	Terminación anticipada (relacionar último día reconocido de ejecución del contrato)	Día	Mes	Año								
	4	2	2026		3	12	2026												
CESIÓN DE CONTRATO																			
Contratista			Nombres y apellidos					Número C.C. ó C.E. ó NIT											
Cedente																			
ESTADO FINANCIERO																			
CDP		CRP		Valor mensual honorarios (si aplica)				\$4.200.000											
Número	Año	Número	Año	Valor inicial del contrato				\$42.000.000											
399	2026	486	2026	Valor total de adiciones al contrato				\$0											
				Valor total del contrato (actualizar por adición)				\$42.000.000											
				Avance Financiero				\$7.980.000											
				Valor a pagar				\$4.200.000											
				Saldo del contrato				\$29.820.000											
FACTURA (si aplica)																			
				Factura		Notas débito o crédito a la factura (si aplica)		Nota Débito		Nota Crédito									
				Número	Día/Mes/Año			Número	Día/Mes/Año	Número	Día/Mes/Año								
APORTE A SEGURIDAD SOCIAL (aplica a CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES).																			
Con la firma del presente documento el contratista y el/los supervisor(es) declaran que revisados los documentos que soportan el pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social AFP, ARL (si aplica) y EPS, corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la UAESP o evidencian la afiliación al Sistema Integrado de Seguridad Social según corresponda. Igualmente, el contratista, certifica bajo la Gravedad de Juramento que realizó el aporte a ARL conforme a nivel de riesgo laboral con el cual se encuentra afiliado para el respectivo contrato (para los periodos en que hubo ejecución del contrato). Lo anterior, de acuerdo con lo preceptuado en la Ley 1753 de 2015, Art. 135, los Decretos 2271 de 2009 y 1273 de 2018 (Art. 2.2.1.1.1.7 y 3.2.7.1.).																			
NIVEL DE RIESGO ARL	¿Exonerado de aportar a pensión?			RESPUESTA	¿Anexa certificado afiliación como independiente a salud y pensión?			RESPUESTA											
4 (4,350%)	Si no está obligado a realizar aporte a pensión deberá adjuntar resolución de pensionado(a) o certificado de exoneración de aportes, emitido por Fondo de Pensiones para el primer pago. En caso de novedad a la pensión debe informar y soportar en el pago respectivo.			NO	Si para el <u>primer pago</u> no realizó aportes a seguridad social, deberá adjuntar certificados de afiliación como independiente a salud y pensión expedidos por EPS y Fondo de Pensiones. NOTA: aplica si los días a cobrar corresponde al de un mes calendario.			NO											
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR																			
Como supervisor(es) del contrato certifico/certificamos y me/nos hago/hacemos responsable(s) del cumplimiento de las actividades desarrolladas por el contratista, de conformidad con lo establecido en la minuta del contrato. Así mismo, declaro/declaramos que revise/revisamos y verifique/verificamos los documentos anexos, los cuales cumplen con lo señalado en la ley y el Instructivo para Radicación y Trámite de Pago vigente. Por lo anterior solicito/solicitamos a la Subdirección Administrativa y Financiera tramitar el pago.																			

DECLARACIÓN DE RESERVA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA

Al suscribir el presente informe, el contratista certifica bajo gravedad de juramento que ha guardado estricta reserva y confidencialidad de toda la información relacionada con la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos de Bogotá UAESP o sus contratistas de la cual tiene conocimiento por razón de las actividades que desarrolla para la Entidad, por tanto NO ha divulgado, publicado, vendido, intercambiado, comercializado o comunicado, directa o indirectamente a terceros o externos ninguna información de forma verbal o escrita o que conste en cualquier clase de documento de carácter confidencial.

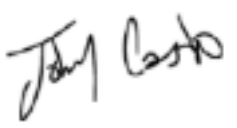
OBSERVACIONES AL PAGO (Si aplica)
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

Los abajo firmantes damos fe de que la información diligenciada junto con los anexos del presente informe son verídicos y su contenido es cierto.

SUPERVISOR (ES)

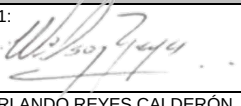
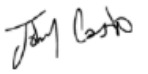
Firma:	Supervisor 1: 	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	WILSON ORLANDO REYES CALDERÓN		
Cargo:	ALMACENISTA GENERAL UAESP		
Dependencia:	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		

CONTRATISTA
INTERVENTOR

Firma:		Firma:	
Nombre contratista (natural o jurídica):	YONI EDILSON CASTRO GALAN	Nombre:	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	80.812.091	Cargo:	
Representante legal (Persona Jurídica):		Entidad:	
Correo institucional (si aplica):	Yoni.Castro@uaesp.gov.co	NIT:	
Correo personal:	cobecks554@gmail.com		
Teléfono o celular de contacto:	3125355355		
Dirección de residencia:	dg49#52a-49 sur		

NOTA AL FORMATO: este documento no puede ser alterado en su estructura, encabezados, pie de página y logos. La altura y anchos de las celdas puede ser modificado si por el contenido de las celdas lo requiere. Cualquier otra modificación dará para no aceptación del documento como soporte para pago. TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O CORRESPONDIENTE AL FORMATO DEBE SER TOTALMENTE VISIBLE y cualquier información propia del formato que sea borrada es una causal de no aceptación del documento como soporte de pago. LAS FIRMAS NO DEBEN QUEDAR SOLAS EN UNA SOLA PÁGINA.

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN							
DATOS DEL INFORME							
CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	Abril de 2026		
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	243	2026				
DATOS DEL CONTRATO							
Objeto del contrato	SAF-075 Prestar servicios de apoyo a la gestión a la Subdirección Administrativa y Financiera desarrollando con responsabilidad y habilidad la conducción de los vehículos automotores de la UAESP de acuerdo a las normas de tránsito vigentes.	Fecha inicio del contrato			Fecha terminacion del contrato (modificar en caso de prórroga o suspensión)		
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
		4	2	2026	3	12	2026
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES							
Obligación específica del contrato		Actividades realizadas					
Realizar las actividades de conducción del vehículo automotor asignado, acatando el cumplimiento de las normas vigentes que regulen la actividad.		Se atendieron las solicitudes y programaciones de transporte conduciendo los vehículo sasignados de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP) durante el mes .					
Acatar las instrucciones definidas en los manuales de operación y/o protocolos y/o procedimientos, y/o plan estratégico de seguridad vial establecidos por las autoridades competentes.		Se verifica por el aplicativo y el vehículo no tiene restricción.					
Verificar periódicamente la vigencia y actualización del documento del vehículo automotor asignado con el fin de acatar la normatividad vigente para la correcta circulación en la ciudad del vehículo, y poner en conocimiento al supervisor del contrato o quien haga sus veces de cualquier acercamiento a su		Se hace la respectiva verificación de cada documento y vehículo de acuerdo a las fechas correspondientes.					
Verificar las plataformas de la Secretaría de Movilidad o autoridad que corresponda, si impusieron comparendos al vehículo asignado y, en caso de ser así, proceder de forma inmediata al pago de los mismos ante la autoridad competente		Se verificó en la secretaria de movilidad y no se encuentran ningún comparendo electrónico en lo corrido del mes.					
Cumplir los protocolos de seguridad y bioseguridad que impongan las autoridades estatales en el desarrollo de sus obligaciones contractuales con el fin de prevenir y mitigar el contagio de infecciones virales u otras.		Se dió cumplimiento a las normas e instrucciones y a todas las actividades del vehículo para la desinfección total.					
Realizar la revisión del vehículo automotor asignado diariamente antes de iniciar los recorridos así como de los mecanismos básicos de funcionamiento o de uso, con el fin de verificar que el automotor cumpla con (combustibles, lubricantes, baterías, presión de aire, equipo de carretera, herramientas, repuestos, etc.)		Se verifica a diario los fluidos de cada vehículo utilizado de acuerdo a los servicios prestados					
Cuidar y ser responsable del vehículo asignado y de sus accesorios, tanto en las instalaciones de la entidad como en los recorridos, en cumplimiento del objeto contractual.		Se realiza la desinfección cumpliendo con la limpieza e higiene a diario.					
Salvaguardar los bienes y valores que le sean encomendados y cuidar que sean utilizados en debida forma, de conformidad con los fines destinados.		Estar pendiente del vehículo verificando que todo quede seguro y bien cerrado y que donde se deje parqueado no este deshabitado					
Parquear el vehículo en las instalaciones de la entidad o en instalaciones autorizadas por esta, durante los periodos de no prestación del servicio (fines de semana, festivos, días de encierro, etc.), salvo que las necesidades del servicio y que el Directivo o Jefe del área a quien este asignado el transporte disponga o tran		Se realiza el mantenimiento respectivo del vehículo y se guarda en los sitios asignados por la entidad.					
Apoyar en las actividades logísticas de transporte de bienes de la entidad, como son carga y descarga de muebles y enseres que se requieran.		Siempre se parquea el vehículo en las instalaciones autorizadas por la Dirección Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP)					

Realizar seguimiento al consumo de combustible del vehículo que se conduce y apoyar en el diligenciamiento de planillas y/o herramienta de control de consumo de combustible de los vehículos que integran el parque automotor de la entidad.	Se realiza el apoyo con las actividades de transporte de vienes y enceres que se requieran por solicitud de la entidad.		
Las demás actividades que sean requeridas en cumplimiento del objeto y obligaciones contractuales.	Se da cumplimiento a las normas e instrucciones y a todas las actividades.		
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (si aplica)			
Como contratista, proveedor o prestador de servicio declaro bajo la Gravedad de Juramento que la información adjunta es Legal y su contenido es cierto. Así mismo que los documentos que soportan las actividades realizadas (evidencias de ejecución) se adjuntaron a la solicitud de pago del periodo informado, de conformidad con el Instructivo para Radicación y Trámite de Pagos vigente.			
SUSCRIPCIÓN DEL INFORME			
Los abajo firmantes damos fe de que la información diligenciada junto con los anexos del presente informe son verídicos y su contenido es cierto.			
SUPERVISOR			
Firma:	Supervisor 1: 	Supervisor 2:	Supervisor 3:
Nombre:	WILSON ORLANDO REYES CALDERÓN		
Cargo:	ALMACENISTA GENERAL UAESP		
Dependencia:	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
CONTRATISTA		INTERVENTOR	
Firma:		Firma:	
Nombre contratista:	YONI EDILSON CASTRO GALAN	Nombre:	
Nombre representante Legal (persona jurídica):		Cargo:	
		Entidad:	
		NIT:	
VoBo APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES (si aplica)			
	Firma:	Apoyo a la supervisión 1:	Apoyo a la supervisión 2:
	Nombre:		
	Cargo:		

NOTA AL FORMATO: este documento no puede ser alterado en su estructura, encabezados, pie de página y logos. La altura y anchos de las celdas puede ser modificado si por el contenido de las celdas lo requiere. Cualquier otra modificación dará para no aceptación del documento como soporte para pago. TODA INFORMACIÓN PROPORCIONADA O CORRESPONDIENTE AL FORMATO DEBE SER TOTALMENTE VISIBLE y cualquier información propia del formato que sea borrada es una causal de no aceptación del documento como soporte de pago. LAS FIRMAS NO DEBEN QUEDAR SOLAS EN UNA SOLA PÁGINA.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80812091	YONI EDILSON CASTRO GALAN		KR 12 ESTE 42B 77 SUR	3125355355	cobecks554@gmail.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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		74731489	22/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte
							Días Mora
							Valor Mora Aporte
							Total a Pagar
							No. Afiliados

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80812091	YONI EDILSON CASTRO GALAN		KR 12 ESTE 42B 77 SUR	3125355355	cobecks554@gmail.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
		74731489	22/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludado	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SP	SN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 80812091	CASTRO GALAN YONI EDILSON	3	0		N																		230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900		0	0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Tienda

COMPENSAR-OI

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

22 de abril de 2026 a las 1:27 p. m.

CUS

245514493

Referencia Nequi

M09932259

¿Cuánto?

\$ 499.100,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

179.19.8.9

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

80812091

Factura de comercio

74731489

Tu plata salió de:



Disponible

