



CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN - SECOP I y II (PERSONA NATURAL)

FECHA DE EXPEDICIÓN

| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|------|
| 1 | 6 | 2026 |

I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR

DATOS DEL SUPERVISOR

| | |
|-----------------------------|--|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JUAN CAMILO CASTELLANOS |
| CARGO: | GERENTE DE INSTANCIAS Y MECANISMOS DE PARTICIPACION. |
| DEPENDENCIA: | GERENCIA DE INSTANCIAS Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN |
| CORREO ELECTRÓNICO: | icmedina@participacionbogota.gov.co |

II. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | | IDENTIFICACIÓN | |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| REYNEL BERMUDEZ ROLDAN | | C.C. | 79.975.889 |
| TIPO DE CONTRATACIÓN: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL | No. Contrato | Suscrito en la vigencia |
| | | 426 | 2026 |
| FECHA DE INICIO: | DD/MM/AAAA 2/02/2026 | FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: | DD/MM/AAAA 1/08/2026 |

OBJETO CONTRACTUAL

Prestar servicios técnicos al Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal para brindar apoyo operativo y territorial en el desarrollo del modelo de intervención territorial y en la ejecución de acciones misionales en territorio

III. INFORMACIÓN DEL PERIODO CERTIFICADO PARA PAGO

| | | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE: DD/MM/AAAA 1/05/2026 | HASTA: DD/MM/AAAA 31/05/2026 | ¿Este periodo corresponde a primer pago? | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿Este periodo corresponde a último pago? | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | ¿Para este Contrato aplica alguna novedad? | <input type="checkbox"/> NO Cual? _____ |

CERTIFICO QUE EL (LA) CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS Y TIEMPOS PACTADOS CON EL INSTITUTO DISTRITAL DE LA PARTICIPACION Y ACCION COMUNAL, POR LO TANTO AUTORIZO EL PAGO POR VALOR DE:

| | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|
| VALOR A PAGAR \$ 3.000.000 | ¿ES RESPONSABLE DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA? | <input type="checkbox"/> NO | No. DE FACTURA | FECHA DE FACTURA |
| | ¿ES RESPONSABLE DE IVA? | <input type="checkbox"/> NO | | |

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 82062986 | PERIODO DE COTIZACIÓN ABRIL | TARIFA | COTIZACIÓN MÍNIMA |
| | ¿ES PENSIONADO/A? <input type="checkbox"/> NO | IBC: 40,0% | \$ 1.750.905 |
| | | SALUD: 12,5% | \$ 218.900 |
| | | PENSIÓN: 16% | \$ 280.100 |
| | | ARL: 0,522% | \$ 9.100 |

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 | \$ 18.000.000 |
| 2. VALOR ADICIÓN O ADICIONES | \$ - |
| 3. VALOR REDUCCIÓN O REDUCCIONES | \$ - |
| 4. VALOR TOTAL DEL CONTRATO | \$ 18.000.000 |
| 5. VALOR CANCELADO ACUMULADO | \$ 8.900.000 |
| 6. VALOR DEL PRESENTE PAGO | \$ 3.000.000 |
| 7. SALDO DEL CONTRATO | \$ 6.100.000 |

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

| | RP | | AÑO |
|--------|-----|-------------------------|------|
| 1. No. | 433 | expedido en la vigencia | 2026 |
| 2. No. | | expedido en la vigencia | |
| 3. No. | | expedido en la vigencia | |
| 4. No. | | expedido en la vigencia | |

PAGO No. 4 DE 7

V. OBSERVACIONES

VI. FIRMAS

Firma Contratista*

REYNEL BERMUDEZ ROLDAN
C.C. 79.975.889

Firma Supervisor (a)*

JUAN CAMILO CASTELLANOS
GERENCIA DE INSTANCIAS Y MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

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 del 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 IDPAC).

*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 digital, 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 digital, 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.