

**CERTIFICADO DE SUPERVISION E INTERVENTORIA PARA LA GESTION DE CUENTAS**

Objeto: 11035-PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR LA GESTIÓN DE PAGO DE LAS OBLIGACIONES ECONÓMICAS A CARGO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SEGURIDAD, CONVIVENCIA Y JUSTICIA, DESDE EL PUNTO DE VISTA CONTABLE BAJO EL NUEVO MARCO NORMATIVO APLICABLE A ENTIDADES DE GOBIERNO - NICSP.

Tipo	PRESTACION SERV. APOYO		Cédula o Nit:	CC 11322492	
Contratista	Jose Edwin Diaz Nuñez				
Fecha Suscripción	30-01-2025	Fecha Acta Inicio	01-02-2025	Fecha Terminación	31-01-2026
Valor Contrato	\$40,879,080.00	Plazo Ejecución	12 Meses		
<b>Modificacion</b>	Fecha	Fecha Terminación	Valor	Plazo Ejecución	
Adicion y Prorroga	01/02/2026	31/07/2026	\$20,439,540.00	Prorrogar El Contrato De Prestación De Servicios De	
<b>Valor adición(es)</b>		<b>\$20,439,540.00</b>			
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>\$61,318,620.00</b>			

**Período certificado:** Entre el 01 de febrero de 2026 y el 28 de Febrero de 2026

**Registros Presupuestales y Valores a Afectar**

Año	UE	RP No	CDP No	Rubro	Fte-Det Fte	Concepto de Gasto	Valor Bruto	Iva	Valor antes de Iva
2026	01	134	163	3-3-01-17-4599-20240314-13-023-O23011745992024031413-Fortalecimiento la Gestión Administrativa y Operativa de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia en Bogotá D.C.-023_Servicio de Implementación Sistemas de Gestión	1-100-F001-345990-23	O2320-20200-991290-Servicios de la administración pública relacionados con otros asuntos de orden público y seguridad	\$3,406,590		\$3,406,590
<b>TOTAL CERTIFICADO</b>							<b>\$3,406,590</b>	<b>\$</b>	<b>\$3,406,590</b>

**Valor en letras:** Tres Millones Cuatrocientos Seis Mil Quinientos Noventa Pesos M/Cte. (\$3,406,590.00)

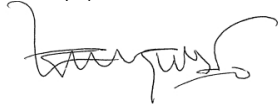
**Resumen Financiero**

<b>Pagos Anteriores:</b>	\$34,065,900.00	<b>Presente Certificación:</b>	\$3,406,590.00	<b>Saldo Contrato:</b>	\$27,252,720.00
--------------------------	-----------------	--------------------------------	----------------	------------------------	-----------------

<b>Información Aportes a Seguridad Social</b>	<b>PLANILLA MES:</b>	FEBRERO										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo Aporte</th> <th>Valor Deducible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ARL</td> <td>\$7,431.00</td> </tr> <tr> <td>PENSION</td> <td>\$227,760.00</td> </tr> <tr> <td>SALUD</td> <td>\$177,938.00</td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL</b></td> <td><b>\$413,129.00</b></td> </tr> </tbody> </table>	Tipo Aporte	Valor Deducible	ARL	\$7,431.00	PENSION	\$227,760.00	SALUD	\$177,938.00	<b>TOTAL</b>	<b>\$413,129.00</b>	
Tipo Aporte	Valor Deducible											
ARL	\$7,431.00											
PENSION	\$227,760.00											
SALUD	\$177,938.00											
<b>TOTAL</b>	<b>\$413,129.00</b>											

**Declaración:** Con su firma el supervisor y/o interventor del contrato, convenio, orden, (según lo que corresponda), certifica bajo su entera responsabilidad, que el contratista cumplió a entera satisfacción con el objeto, con las obligaciones pactadas y con las demás condiciones, aprobando los documentos físicos y/o magnéticos recibidos (facturas, informes, formatos, copias planillas de aportes al sistema general de seguridad social y demás soportes), los cuales se ajustan a las condiciones y requisitos establecidos en la cláusula forma de pago, los requisitos de ley e Instructivo de Pagos (I-GF-1) de la Dirección Financiera, autorizando el pago de acuerdo con los soportes anexos y los remitidos al expediente contractual correspondiente.

**OBSERVACIONES:** SE ADJUNTAN DOCUMENTOS

<b>Nombre del Supervisor y/o Interventor :</b>	Firma(s) del (los) Supervisor(es)
<b>Deider Mauricio Mengual Paternina</b>	
<b>Cargo:</b> Director Financiero	

**Elaborado por:** Natalia Valencia

**DEVOLUCION POR LA DIRECCION FINANCIERA**

Causal	Fecha	No. Radicado de salida	Devuelto por:

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11322492	JOSE EDWIN DIAZ NUÑEZ		CALLE 36 1 81 ESTE	3118778392	jedinuz@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55268455	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$514.200	

### 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	17	2.500	0	221.400	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	17	3.200	0	283.400	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	9.200				9.200	17	200	9.400			92	9.400	1

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
<b>SENA</b>				
0	17	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	17	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.400
Pensión	1	280.200	283.400
Riesgos Laborales	1	9.200	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>508.300</b>	<b>514.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	11322492	JOSE EDWIN DIAZ NUÑEZ		CALLE 36 1 81 ESTE	3118778392	jedinuz@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55268455	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$514.200	

## 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	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPV	SEN	IGE	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 11322492	DIAZ NUÑEZ JOSE EDWIN		59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA