

Consecutivo	CDPS	171	6	Año 2026
Numero del contrato o acuerdo:	<u>171</u>	Modalidad de Contrato:	<u>CONTRATACIÓN DIRECTA</u>	
Nombre del Contratista:	<u>IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA</u>		C.C. o NIT:	<u>1.065.638.559</u>
		Fecha de Inicio:	<u>26/01/2026</u>	
		Oficina o Grupo:	<u>GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL</u>	

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO AL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PARA LA ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL INSTITUCIONAL, TENIENDO EN CUENTA LA CORRECTA GESTIÓN, CONSERVACIÓN, CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS DOCUMENTOS, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATIVA VIGENTE Y LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS APLICABLES

Ha habido modificaciones al Contrato? SI NO En que consisten? _____

Fecha de ejecución del contrato: Del 26/01/2026 Al 25/08/2026

Pago a realizar: 6 De 8 Número de pagos recibidos: 5 Cuota a certificar 6

VALOR DEL CONTRATO	Valor inicial del contrato \$ 22.400.000	Valor de la adición del contrato	Valor Total del contrato \$ 22.400.000
			Valor de las cuotas \$ 3.200.000

VALORES DE LAS CUOTAS PAGADAS A LA FECHA	PAGO # 1 \$ 533.333	PAGO # 2 \$ 3.200.000	PAGO # 3 \$ 3.200.000	PAGO # 4 \$ 3.200.000	PAGO # 5 \$ 3.200.000	PAGO # 6 \$ 0	PAGO # 7 \$ 0
	PAGO # 8 \$ 0	PAGO # 9 \$ 0	PAGO # 10 \$ 0	PAGO # 11 \$ 0	PAGO # 12 \$ 0	PAGO # 13 \$ 0	PAGO # 14 \$ 0

VALOR TOTAL PAGADO A LA FECHA	\$ 13.333.333
VALOR A PAGAR DE LA CUOTA REPORTADA :	\$ 3.200.000
	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS
SALDO ANTERIOR \$9.066.667	NUEVO SALDO PENDIENTE DE PAGO \$5.866.667

DISCRIMINACIÓN PRESUPUESTAL A CAUSAR

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO			
	Número	Valor	Fecha		Número	Valor	Fecha
CDP Inicial	19526	\$ 22.400.000	22/01/2026	CRP Inicial	16126	\$ 22.400.000	26/01/2026
CDP Adición 1				CRP Adición 1			
CDP Adición 2				CRP Adición 2			
CDP V. Futura				CRP V. Futura			

Tipo de cuenta bancaria: Cuenta de ahorros Cuenta bancaria N°: 0550488443898421 Nombre del Banco: Banco Davivienda S.A.

Régimen: No responsable Actividad CIIU N°: 8621

COMO SUPERVISOR DEL CONTRATO ME PERMITO CERTIFICAR:

Marque con una X

Que el contratista cumplió con el OBJETO para el cual se suscribió el contrato.

Que el contratista cumplió con las OBLIGACIONES estipuladas en el contrato.

Que el contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, y cumplió con los aportes a salud, AFP y ARL.

Que se recibió el informe y entrega de las evidencias, productos o bienes del contrato, lo cual una vez revisado y aprobado se deja a disposición en el Sistema de Gestión Documental SECOP en su respectivo PDF

Se adjuntan los siguientes documentos requeridos en el proceso:

PARA PAGO PARCIAL		PARA PAGO TOTAL O ULTIMO PAGO:	
<p>Persona Natural</p> <p>1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2. Certificado cumplimiento <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>3. Informe de actividades <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4. Planilla seguridad social <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Persona Jurídica</p> <p>1. Factura N° <input type="checkbox"/></p> <p>2. Informe de actividades <input type="checkbox"/></p> <p>3. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/></p> <p>4. Certificación aportes parafiscales <input type="checkbox"/></p> <p>5. Entrada de almacén <input type="checkbox"/></p> <p>6. Acta recibido a satisfacción <input type="checkbox"/></p>	<p>Persona Natural</p> <p>1. Documento equivalente a la Factura (régimen común aportar factura) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Certificado cumplimiento <input type="checkbox"/></p> <p>3. Informe de actividades <input type="checkbox"/></p> <p>4. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/></p> <p>5. Acta de Entrega <input type="checkbox"/></p>	<p>Persona Jurídica</p> <p>1. Factura N° <input type="checkbox"/></p> <p>2. Informe final detallado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Planilla seguridad social <input type="checkbox"/></p> <p>4. Certificación aportes parafiscales <input type="checkbox"/></p> <p>5. Entrada de almacén <input type="checkbox"/></p> <p>6. Acta recibido a satisfacción <input type="checkbox"/></p> <p>7. Evaluación desempeño <input type="checkbox"/></p>

<p style="text-align: center;">SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> <p>Por lo anterior, autorizo el pago correspondiente, conforme se señala en la cláusula de valor y forma de pago del contrato.</p> <p>Nombre: <u>MARIA MARGARITA BARACALDO</u></p> <p>Firma aprobación: </p>	<p style="text-align: center;">RADICACIONES</p> <p>Recursos Financieros</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Firma: _____</p>
--	--

OK

**CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL
CONTRATISTA**

Referencia: Certificación de cumplimiento de requisitos como contratista (Art. 329 del ET y Decreto 99 de 2013 Decreto 1070 de 2013)

Fecha: 30/06/2026

DE CONFORMIDAD CON LA REFERENCIA ME PERMITO MANIFESTARLE LO SIGUIENTE, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO:

Datos Generales

Nombre del Contratista: IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA
 Numero de identificacion: 1065638559
 Régimen al que pertenece: NO RESPONSABLE

Declaración de ingresos:

Los servicios técnicos o profesionales que presto, requieren del uso de materiales o equipo especializado

SI NO

Los servicios tecnicos o profesionales son prestados de forma personal

SI NO

Mis ingresos corresponden al 80% o mas por servicios prestados de forma personal

SI NO

Aportes obligatorios al sistema de seguridad social

Nº Planilla de pago:	<u>9505373224</u>	Mes que aporta:	<u>Junio</u>
Operador PILA:	<u>APORTES EN LÍNEA</u>	Valor aporte a EPS:	<u>\$ 218.900</u>
Valor aporte a ARL:	<u>\$ 9.200</u>	Valor aporte a AFP:	<u>\$ 280.200</u>
		VALOR TOTAL:	<u>\$ 508.300</u>

Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención e investigacion

SI NO

Soy pensionado

SI NO De: _____

Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema ordinario de renta

SI NO

Realizo aporte a una cuenta AFC

SI NO \$ 0

Tiene dependientes económicos

SI NO

Durante el presente mes de esta certificación obtuve gastos de desplazamiento

SI NO \$ 0

Decreto 2231 del 31-12-2023 el contratista manifiesta bajo la gravedad del juramento que no se tomará costos o deducciones asociadas a dichas rentas.

SI NO

Nombre del contratista: IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA

Firma: *Armenta Ivonne*

**DOCUMENTO EQUIVALENTE
A LA FACTURA**

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA	
NOMBRE:	IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA
DIRECCION:	KR 42 C 5A 32
TELEFONO:	3135824736
CIUDAD:	BOGOTA
NIT/CC:	1065638559

N° CONSECUTIVO	
171	6
(000): N° Contrato	(XX): Consecutivo factura

CONCEPTO

No. CONTRATO	DESCRIPCIÓN DEL OBJETO
171	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO AL GRUPO DE GESTION DOCUMENTAL PARA LA ORGANIZACIÓN DOCUMENTAL INSTITUCIONAL, TENIENDO EN CUENTA LA CORRECTA GESTIÓN, CONSERVACIÓN, CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y DISPOSICIÓN FINAL DE LOS DOCUMENTOS, DE CONFORMIDAD CON LA NORMATI DAD VIGENTE Y LOS ESTÁNDARES TÉCNICOS APLICABLES

\$	3.200.000
----	------------------

TIPO DE CUENTA:	Cuenta de ahorros
------------------------	-------------------

CUENTA BANCARIA N°:	0550488443898421
----------------------------	------------------

BANCO:	Banco Davivienda S.A.
---------------	-----------------------

VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS
------------------------	---

REGIMEN:	NO RESPONSABLE
-----------------	----------------

ACTIVIDAD CIU No.	8621
--------------------------	------

DE LA CIUDAD DE :	BOGOTA
--------------------------	--------

Declaro que los aportes al Sistema de Seguridad Social, derivados del presente cobro, fueron pagados mediante planillas de las cuales se adjunta fotocopia.

Nombre: IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA

Firma: 

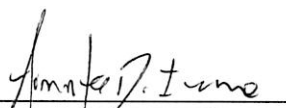
**INFORME DETALLADO
DE ACTIVIDADES**

Nombre del Contratista: IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA N° de contrato: 0171-2026
 Oficina o Grupo: GESTION DOCUMENTAL
 N° Informe: 6 de 8

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA		ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Recibir, revisar y radicar oportunamente las solicitudes ingresadas por el canal "Contáctenos"	Actualmente no se realiza esta actividad ya que solo se esta interviniendo el archivo del grupo de sanciones
2	Organizar los archivos del grupo o dependencia asignada, garantizando su integridad y trazabilidad.	Se realizó la organización de los expedientes en el Excel incompletos solo el proceso VIM y se envía correo a delegado para confirmar proceso SAN y poder foliar. Se realiza clasificación, organización y foliación de contratos año 2023 de contratos, y organización de contratos 2026 un total de 6 cajas con 48 expedientes, ya foliados. Todas estas evidencias subidas en el SharePoint de Gestion Documental https://supervigilanciagovco.sharepoint.com/sites/GrupodeGestinDocu mental/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGrupodeGestinDocumental%2FDocumentos%20compartidos%2FSUPERVISION%20CONTRATOS%202026&sortField=Created&isAscending=false&viewid=0d4a6f08%2D8e55%2D4435%2D9389%2D3a41280985f7
3	Apoyar el acceso a la información mediante la localización, recuperación y entrega de documentos requeridos por las áreas de la Superintendencia.	Actualmente no se realiza esta actividad ya que solo se esta interviniendo el archivo de sanciones, las evidencias se encuentran cargadas en el SharePoint
4	Garantizar la confidencialidad y el manejo adecuado de la información recibida.	Se garantiza la confidencialidad ya que la informacion es reservada y se notifica avances e irregularidades directamente al Coordinador del grupo de sanciones y a la Coordinadora de Gestion Documental
5	Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Actualmente no se realiza esta actividad ya que solo se esta interviniendo el archivo de sanciones

OBSERVACIONES DEL SUPERVISOR:

<p>Como contratista me permito certificar que la información aquí consignada corresponde a las actividades realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones de mi contrato. Que previamente se realizo la revisión con el supervisor del cumplimiento de dichas actividades, las cuales son verificables y veraces.</p>	<p>Como supervisor de este contrato me permito certificar que: -Durante el presente periodo el contratista dio cumplimiento al objeto del contrato, previa verificación de las actividades ejecutadas. -La información anteriormente descrita fue corroborada y aprobada.</p>
---	--

Firma Contratista: 

Firma Supervisor: 

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dy	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065638559		IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA	INDEPENDIENTE	Principal	Cra 47c 5a32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3135824736	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	9505373224	1	2026/07/14	2026/06/23	BANCO DE BOGOTA	0	\$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
					IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
1	CC 1065638559	ARMENTA IVONNE	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EP5002	30	\$1,750,905	\$218,900	0	14-23	30	\$0	\$0	14-23	\$1,750,905	\$9,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Exonerado SENA e ICBF
CC 1065638559	IVONNE ANDREA ARMENTA DITTA	INDEPENDIENTE	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Período	Clave	Tipo	Pago
Pensión	Pago	Planilla	Días Mora
2026-06	9505373224	1	0
2026-06	9505373224	2026/07/14	Valor
		2026/06/23	\$508,300
		BANCO DE BOGOTA	
		Principal	
		Sucursal Principal	
		Principal	
		Cra. 42c- 5a32	
		BOGOTA-BOGOTA D.E.	
		Dirección	
		BOGOTA-BOGOTA D.E.	
		Cludad-Departamento	
		BOGOTA-BOGOTA D.E.	
		Teléfono	
		3135824736	
		Exonerado SENA e ICBF	
		No	

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900		
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300		

