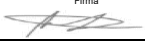


		CERTIFICACIÓN DE SUPERVISOR				
		Código:	SDS-FIN-FT-038	Fecha:	16/03/2026	Versión:
EL (LOS) SUSCRITO(S) SUPERVISOR(ES) Y/O INTERVENTOR(ES) CERTIFICA(N):						
INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO/CONVENIO						
Número y vigencia del contrato o convenio:	8443630 de 2025		Oficina, Dirección, Subdirección o Subsecretaría:		Subdirección de Bienes y Servicios	
Nombre / razón social del Contratista:	UNION TEMPORAL INGENIERIA MEDICA		Número de Nit o cédula:	901.999.602		
Fecha inicio del contrato o Convenio (Según acta de inicio):	24/10/2025	Fecha terminación Contrato o Convenio (incluidas las prórrogas):	23/10/2026	Pensionado	SI	NO
				Porcentaje de cotización de la ARL		0%
Objeto contractual:	PRESTAR LOS SERVICIOS DE ALMACENAMIENTO Y ACONDICIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE TECNOLOGIA BIOMEDICA DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD					
FFDS VALOR INICIAL:	\$384.000.000	Cofinanciación Inicial:	\$0	Valor Total inicial	\$ 384.000.000	
FFDS VALOR FINAL:	\$384.000.000	Cofinanciación Final:	\$0	Valor Total final	\$ 384.000.000	
Número y valor de las adiciones o reducciones del contrato / convenio:	ADICIONES			REDUCCIONES		
	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Valor	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Valor
			\$ -			\$ -
			\$ -			\$ -
Número y tiempo de las prórrogas o disminución de plazo del contrato / convenio :	PRÓRROGAS			DISMINUCIONES		
	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Tiempo	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Tiempo
Otro tipo de modificaciones contractuales	No. Consec.	Fecha Aprobac.	Concepto	Descripción		
INFORMACION GENERAL DEL PAGO SOLICITADO						
Periodo Certificado (Fechas):	24/03/2026 al 23/04/2026		Porcentaje del pago:	8,33%		
Valor a Cancelar (Letras):	TREINTA Y DOS MILLONES DE PESOS M/CTE.		Valor a Cancelar (Números):	\$ 32.000.000		
Valor ejecutado Acumulado	\$192.000.000	Saldo por ejecutar:	\$192.000.000	Porcentaje de ejecución:	50%	
Número de Factura o cuenta de cobro:	FE 06		Número de pago:	6		
Número (s) de CDP y registro (s) presupuestal (es) que amparan este pago:	CDP	RP	AÑO	Valor	Fuente de Financiación:	
	1418	2352	2026	\$ 32.000.000	12-Aporte ordinario	
SI EL CONTRATO Y/O SUPERA LOS NUMEROS DE ESPACIO ESTABLECIDOS SE SOLICITA ENVIAR UN ANEXO CON LA INFORMACION REQUERIDA CON LA NOTA - "VER ANEXO"						
CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES PARA EL PAGO E INFORMACION ADICIONAL						
<i>"En calidad de supervisión y/o interventoría, certificamos que el desembolso solicitado se encuentra amparado por la programación del PAC mensual, cumpliendo con la normativa vigente para el trámite de pagos. Asimismo, se hace constar que el contratista está al día con sus obligaciones de Seguridad Social Integral y que los soportes de facturación cumplen con los requisitos legales. Finalmente, se certifica que se recibieron a satisfacción las actividades, elementos y entregables conforme a los términos y la forma de pago pactados en el contrato o convenio, según el Manual de Contratación institucional."</i>						
¿Se requiere realizar ENDOSO?:	Marcar con una equis (X) ☐ SI ☒ NO X	Cuenta Bancaria	DAVIVIENDA	AHORROS	469500045791	
Anexos:	1.Certificado de pago de parafiscales y seguridad social, 2. factura FE 06		Observaciones :	N/A		

La presente certificación se expide a los: 05/05/2026

ANA CRISTINA CEBALLOS
ALMACENISTA GENERAL CODIGO 215 GRADO 30

	Nombres completos	Firma	Teléfono o Ext.
Referente(s) Técnico(s):	Jhon Arbey Gutierrez Garcia		9709
Referente(s) Financiero(s):	Laura Vanessa Sierra Bejarano		9960