INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN

CONTRATO	TIPO DE COMPROMISO (contrato)	NÚMERO	AÑO	PERIODO A COBRAR (mes o días) O ACTIVIDAD A COBRAR	24 Agosto 2023 al 23 febrero 2024
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	736	2023		

Tipo de pago (seleccione una opción)	ÚNICO 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	16822394616	BANCOLOMBIA

ENDOSO (aplica únicamente para personas jurídicas)

Nombre del Titular	Número C.C. / NIT	Tipo de cuenta (ahorros / corriente)	Número de cuenta	Entidad financiera autorizada por la Superfinanciera y avalada por SDH

SOLICITUD CONSIGNACIÓN EN CUENTA AFC (aplica unicamente 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-090 Prestar los servicios de fumigación, desratización, sanitización y desinfección de todas las áreas (oficinas, baños, bodegas de reciclaje, tanques de almacenamiento de agua, puestos de trabajo, archivos, almacenes, cuartos de máquinas, entre otros) que conforman la unidad administrativa especial de servicios públicos

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
	24	8	2023		23	2	2024				

CESIÓN DE CONTRATO

Contratista	Nombres y apellidos	Número C.C. ó C.E. ó NIT
Cedente		

ESTADO FINANCIERO

CDP		CRP			
Número	Año	Número	Año	Valor mensual honorarios (si aplica)	
1020	2023	869	2023	Valor inicial del contrato	$12.556.851
				Valor total de adiciones al contrato	
				Valor total del contrato (actualizar por adición)	**$12.556.851**
				Avance Financiero	
				Valor a pagar	**$12.556.851**
				Saldo del contrato	**$0**

FACTURA (si aplica)

Factura		Notas débido o crédito a la factura (si aplica)	Nota Débito		Nota Crédito	
Número	Día/Mes/Año		Número	Día/Mes/Año	Número	Día/Mes/Año
FVE 3004	9/02/2024					

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.).

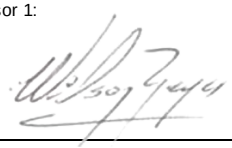
NIVEL DE RIESGO ARL	¿Exonerado de aportar a pensión?	RESPUESTA	¿Anexa certificado afiliación como independiente a salud y pensión?	RESPUESTA
	Si no está obligado a realizar aporte a pensión deberá adjuntar resolución de pensionado(a) o certificado de exoneración de aportes, emitido por Fondo de Pensiones para el primer pago. En caso de novedad a la pensión debe informar y soportar en el pago respectivo.		Si para el primer pago 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.	

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 revisé/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 extricta 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:	**ALAMCENISTA GENERAL**		
Dependencia:	**SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**		

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**	
Firma:		**Firma:**	
Nombre contratista (natural o jurídica)**:**	ANDREA PATRICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	**Nombre:**	
No. Identificación contratista (NIT o C.C.):	1.031.123.048	**Cargo:**	
Representante legal (Persona Jurídica)**:**	ANDREA PATRICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	**Entidad:**	
Correo institucional (si aplica)**:**	sinplagax@gmail.com	**NIT:**	
Correo personal:	sinplagax@gmail.com		
Teléfono o celular de contacto:	5167635		
Dirección de residencia:	Calle 70 B Sur 77 H 11 Piso 1		

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**	**24 Agosto 2023 al 23 febrero 2024**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**736**	**2023**		

DATOS DEL CONTRATO									
Objeto del contrato	SAF-090 Prestar los servicios de fumigación, desratización, sanitización y desinfección de todas las áreas (oficinas, baños, bodegas de reciclaje, tanques de almacenamiento de agua, puestos de trabajo, archivos, almacenes, cuartos de máquinas, entre otros) que conforman la unidad administrativa especial de servicios públicos	**Fecha inicio del contrato**			**Fecha terminación del contrato** (modificar en caso de prórroga o suspensión)		
		Día	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
		24	8	2023	23	2	2024

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	
Obligación específica del contrato	**Actividades realizadas**
Prestar los servicios de fumigación, desratización, sanitización y desinfección de todas las áreas (oficinas, baños, bodegas de reciclaje, tanques de almacenamiento de agua, puestos de trabajo, archivos, almacenes, cuartos de máquinas, entre otros) que conforman la unidad administrativa especial de servicios públicos	Realizar la fumingación, desratización, sanitización y desinfección de todas las áreas y sedes que conforman la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos y expedir certificados para cada una de las sedes, en el periódo del 24 de agosto del 2023 al 23 de febrero del 2024.

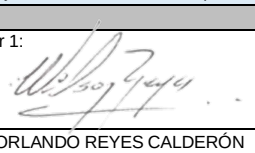
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES (si aplica)

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

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

CONTRATISTA		**INTERVENTOR**		
Firma:		**Firma:**		
Nombre contratista:	ANDREA PATRICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	**Nombre:**		
Nombre representante Legal (persona jurídica):	ANDREA PATRICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	**Cargo:**		
		Entidad:		
		NIT:		

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.

VoBo APOYO A LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES (si aplica)

	Apoyo a la supervisión 1:	Apoyo a la supervisión 2:
Firma:		
Nombre:	TATIANA ANDREA OROZCO SERNA	EMILIA ESPERAZA MORALES
Cargo:	Contratista	Técnico Operativo