ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO 1 de	1 A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	013
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA	
		VIGENTE DESDE	17/11/2020

Espacio para Radicación

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2021-1027	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA APOYAR AL AREA DE MANTENIMIENTO DE BIENES MUEBLES E INMUEBLES, EN LA APLICACION Y DESARROLLO DE LAS CONDICIONES DE OPERACIÓN DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE PROTECCIÓN INTEGRAL Y SEDES DEL IDIPRON EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7727							
CONTRATISTA	ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA					CÉDULA O NIT	1.032.505.914	
CONTRATISTA CESIONARIO						CÉDULA O NIT		
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	07	ABRIL	2021	06	DICIEMBRE	2021	8621	8211
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ GRAN CONTRIBUYENTE			☐ RESPONSABLE DE IVA ☐ AUTORRETENEDOR			☐ OTRO ☐ N.A	

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	$ 20.000.000					
IVA TOTAL INCLUIDO						
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2021001214	FECHA	06/04/2021	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	33301160103000007727					
CONCEPTO DEL RUBRO	FORTALECIMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA, TIC Y DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL IDIPRON BOGOTÁ					
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 2.500.000				$ -	-

NÚMERO DEL PAGO	6	PERIODO DEL PAGO:	SEPTIEMBRE 2021
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 14.500.000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	OCTUBRE 2021
SALDO DEL CONTRATO	$ 5.500.000	**VALOR:**	**$ 2.500.000**
FACTURAS No.			
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☑ SÍ ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
TOTAL		0,0%	$ 0

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
316 77272	5103 02	Subdirección Administrativa	$ 2.500.000

* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN , DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: (POSITIVA)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	**160.000**	SALUD TOTAL	**125.000**	**5.300**	Si:☐ No:☑	-	$ -

Certifico que el contratista en mención, cumplió a satisfacción con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicaran en la Oficina Asesora Jurídica quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C., el día 1 del mes de octubre del año 2021

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA	FIRMA
NOMBRE: HUGO ALBERTO CARRILLO GÓMEZ	NOMBRE: -
C.C.: 88.157.092 TELF: 3779997 EXT: 1040	C.C.: - TELF:
CARGO: SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, CÓDIGO 068, GRADO 02	CARGO O No. DE CONTRATO: -

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032505914	MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO	Calle 64a #1a-40 Apto 401	3014950414	marfragozo99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	53126782	$309.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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	24.400				24.400	0	0	24.400			222	24.400	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032505914	MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO	Calle 64a #1a-40 Apto 401	3014950414	marfragozo99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	53126782	$309.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032505914	ROMERO FRAGOZO MARIA ALEJANDRA	57	0			N																	25-14	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS002	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	00	

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CONTRATO No. – 1027/2021
INFORME No. 6
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL- 01 DE SEPTIEMBRE-Y EL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO
SUPERVISOR DEL CONTRATO: HUGO ALBERTO CARRILLO GOMEZ, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, Código 068, Grado 02

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Programar y realizar visitas a las diferentes Unidades de Protección Integral y Sedes del IDIPRON, para verificación de las condiciones sanitarias de las instalaciones relacionadas con los espacios destinados a las áreas de primeros auxilios, servicios de alimentación y zonas de almacenamiento de alimentos, en cumplimiento de la normatividad vigente.	-No aplica para este periodo	-No aplica para este periodo
2	Emitir concepto técnico sobre las condiciones higiénico-sanitarias de las diferentes unidades y sedes del IDIPRON y asesorar al área mantenimiento de bienes muebles e inmuebles en la implementación de medidas e intervenciones de los espacios físicos en lo correspondiente a mantenimientos preventivos y correctivos de las diferentes unidades	Se emite concepto según los requerimientos que Salud realice	Actas y correos
3	Realizar seguimiento y control a las acciones que se deban implementar por parte del instituto desde el área de mantenimiento de bienes muebles e inmuebles en respuesta a los conceptos higiénico sanitarios emitidos por parte de los diferentes entes de control y en	- Segumiento de salas amigas de la lactancia, según requerimientos de integración social y secretaria de salud	-No aplica para este periodo

	especial por parte de la Secretaria Distrital de Salud en las visitas efectuadas a las diferentes unidades de protección integral y sedes del IDIPRON		
4	Dar respuesta oportuna a las solicitudes emitidas por los entes de control, relacionadas con los procesos que se desarrollan en el Área de Mantenimiento de Bienes, así como también, brindar acompañamiento a reuniones, audiencias y demás para atender temas relacionados con el objeto del contrato y de los cuales ejerza apoyo a la supervisión	No aplica para este periodo	-No aplica para este periodo
5	Presentar oportunamente los Informes mensuales, semanales y demás requeridos por el Área de Mantenimiento de Bienes y/o supervisor del contrato, de las labores efectuadas en el marco del objeto contractual.	-Se presenta el informe mensual de actividades el día 20 de septiembre	Informe de actividades **A-GDO-FT-002** entregada dentro de las fechas
6	Garantizar que la información correspondiente a informes semanales, mensuales, finales y de apoyo a la supervisión que le sean asignados se encuentren debidamente archivados en la carpeta compartida del área y entregados en forma física para la custodia del IDIPRON	-Se sube la información en la carpeta compartida de Drive	Informacion en Drive, subido dentro de las fechas

7	Las demás que la supervisión defina, conforme al objeto del contrato.	Se socializa en comité de la STAF los avances en infraestructura y salas de lactancia. Se asiste a la capacitación de secretaria de integración social para la instauración de salas de lactancia materna	Acta de asistencia Certifiacion por parte de secretaria de integración social

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	125.000	AGOSTO
PENSIÓN	160.000	AGOSTO
ARP	24.400	AGOSTO

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 1 DE OCTUBRE DEL 2021

: HUGO ALBERTO CARRILLO GOMEZ, SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO, Código 068, Grado 02	**MARIA ALEJANDRA ROMERO FRAGOZO CC: 1032505914**

Anexo:
*Certificacion Pago Salud, ARL y ARP

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.