ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	Prestación de servicios	No.	2022-2704
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA ORIENTACIÓN, REVISIÓN Y FORMULACIÓN DE INSTRUMENTOS, METODOLOGÍAS E INICIATIVAS PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS DIVERSOS COMPONENTES INSTITUCIONALES EN EL MARCO DE COMPETENCIAS DE A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		
CONTRATISTA	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNÁNDEZ	CÉDULA O NIT	11.696.924
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	CÉDULA O NIT	N/A

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
	22	NOVIEMBRE	2022	21	FEBRERO	2023	8299	8299

RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR: ☑ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ RESPONSABLE DE IVA ☐ OTRO ☐ GRAN CONTRIBUYENTE ☐ AUTORRETENEDOR ☐ N.A

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO	ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL $	$ 25.200.000		
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A		
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO 2022004975 FECHA 22/11/2022	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	33011601030000007727		
CONCEPTO DEL RUBRO	Fortalecimiento de la Infraestructura Física, TIC y de la Gestión Institucional del IDIPRON Bogotá - Otros Distrito.		
VALOR DEL PAGO A AFECTAR $	$ 8.400.000		

NÚMERO DEL PAGO	3	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 30 DE DICIEMBRE
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	19.320.000	PAC PROGRAMADO PARA:	FEBRERO
SALDO DEL CONTRATO $	5.880.000	VALOR:	$ 8.400.000
FACTURAS No.	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☑ SÍ ☐ NO ☑ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO
FORMA DE PAGO	**CLÁUSULA SEXTA - FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($8400000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo**		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0101/41990167727	Protección Atención Integral de Niñez, Adolescencia y Juventud en situación de vida en calle, en riesgo de habitabilidad en calle y en fragilidad social	90,00%	7.560.000
PM/0214/0120/41990167727	Desarrollo de Competencias	10,00%	840.000
TOTAL		100,0%	8.400.000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
61677272	420101	Personal Oficina Planeación	$ 8.400.000

* 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: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	539.500	FAMISANAR	421.500	17.700	Sí: X No:	DAVIVIENDA INTERESES CRÉDITO HIPOTECARIO	$ 1.571.881
						MEDICINA PREPAGADA	$ 335.927
						DAVIVIENDA FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES	$ 600.803

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad 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 radicarán en la Gerencia de Contratación 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 FEBRERO del año 2023

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA Fabian A. Correa A.	FIRMA
NOMBRE: FABIÁN ANDRÉS CORREA ALVAREZ	NOMBRE:
C.C.: 7.718.455 TELF: 3779997	C.C.: TELF:
CARGO: Jefe Oficina Asesora de Planeacion	CARGO O No.

CONTRATO No. 2704- /2022

INFORME No. -TERCERO – N°03

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 Y EL 31 DE ENERO DE 2023

NOMBRE DEL CONTRATISTA -RUBÉN DARÍO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ-

SUPERVISOR DEL CONTRATO: -FABIÁN ANDRÉS CORREA

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	Apoyar desde la Oficina Asesora de Planeación en la identificación y documentación de brechas organizacionales y oportunidades de mejoras asociadas a los procesos y gestiones institucionales.	Se participó en reunión de articulación de actividades y obligaciones con el equipo de la OAP	Documento notas de reunión.
2	Acompañar desde la Oficina Asesora de Planeación la formulación e implementación de lineamientos y mejoras orientadas a optimizar la gestión institucional.	Se desarrolló mapa institucional para consolidar las gestiones de mejoramiento como parte del proceso de transformación institucional	Documento mapa de gestiones
3	Aportar desde la Oficina Asesora de Planeación en la definición y adopción de herramientas que propendan por modernización del componente funcional de las distintas áreas y procesos del Instituto.	Se desarrolló análisis con líneas estratégicas para la modernización distrital incluyendo su correlación con el proceso institucional y del sector administrativo	Documento líneas estratégicas
4	Apoyar a la Oficina Asesora de Planeación en la elaboración metodológica de estrategias para el seguimiento y ejecución de Planes, Proyectos, Programas e Iniciativas del IDIPRON.	Durante el proceso se realizó revisión, seguimiento balance al proceso de renovación institucional.	Presentaciones balance proceso de renovación.
5	5. Asistir a las reuniones, comités, diferentes mesas de trabajo y demás actividades que le sean asignadas por el supervisor.	Durante el periodo se participó de los espacios convocados por la supervisión	Documento asistencia.
6	El contratista se obliga con el IDIPRON a realizar entrega de un informe final de todas las actividades realizadas durante la ejecución del contrato, previa aprobación del supervisor.	El presente informe se incorporará al documento final de ejecución contractual.	NA
7	Las demás inherentes al objeto y naturaleza del contrato	Durante el periodo no se realizaron otras acciones relacionadas.	NA

*** 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	420.000	Diciembre de 2022
PENSIÓN	537.600	Diciembre de 2022
ARP	17.600	Diciembre de 2022

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE FEBRERO DE 2023

FIRMA FABIÁN ANDRÉS CORREA JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	RUBÉN D. GONZÁLEZ H. CC 14.696.934

Nombre apoyo a la Supervisión: Indicar si aplica y diligenciar el campo
Cargo: Indicar si aplica y diligenciar el campo
Vo Bo Apoyo a la supervisión Indicar si aplica y diligenciar el campo

Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

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.

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	14696934	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ	CRA 6 #45-09 aPTO 1008	3183061614	rubendgonzalezh@hotmail.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
2023-01	2023-01	I	13/02/2023	65540121	TOTAL A PAGAR	
					$981.100	

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	420.000	0		0		0	5	2.500	0	422.500	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	537.600	0	0	0	0	5	3.200	0	540.800	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	17.600				17.600	5	200	17.800			176	17.800	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	420.000	422.500
Pensión	1	537.600	540.800
Riesgos Laborales	1	17.600	17.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	975.200	981.100

PAGADA

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	14696934	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNANDEZ	CRA 6 #45-09 aPTO 1008	3183061614	rubendgonzalezh@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-01	2023-01	I	13/02/2023	65540121	$981.100	

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	Estudiante	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	14696934	GONZALEZ HERNANDEZ RUBEN DARIO	59	0			N																	25-14	3.360.000	537.600	0	0	0	0	EPS017	3.360.000	420.000	14-23	3.360.000	1	17.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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