ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

12

03

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	No.	1055/2023
OBJETO CONTRACTUAL	prestar servicios profesionales en ciencias de la información bibliotecologia documentación y archivista dentro de los procesos y procedimientos de gestión documental		
CONTRATISTA	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA	CÉDULA O NIT	1.071.838.446
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
	4	ABRIL	2023	3	MARZO	2024	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	$ 30.600.000				$ 6.800.000	
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A				N/A	
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	1599	FECHA	3/04/2023	NUMERO: 4376 FECHA: 21-12-2023	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	623011601030000007727				623011601030000007727	
CONCEPTO DEL RUBRO	Fortalecimiento de la Infraestructura Física, TIC y de la Gestión Institucional del IDIPRON Bogot á - Otros servicios de la administración pública n.c.p.				Fortalecimiento de la Infraestructura Física, TIC y de la Gestión Institucional del IDIPRON Bogotá - Otros	
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 0				$ 3.400.000	

NÚMERO DEL PAGO	12	PERIODO DEL PAGO:	FEBRERO
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	37.060.000	PAC PROGRAMADO PARA:	MARZO
SALDO DEL CONTRATO $	340.000	VALOR: $	3.400.000
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: TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($3400000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoria 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, Adolecencia y Juventud en situacion de vida en calle, en riesgo de habitabilidad en calle y en fragilidad social	90%	3.060.000
PM/0214/0120/41990167727	Desarrollo de competencias	10%	340.000
TOTAL		100%	3.400.000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
61677272	4102 03	Gestion Documental	$ 3.400.000

* 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: POSITIVA NIT: 860011153	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	217.600	FAMISANAR	170.000	14.200	Sí:___ No: X		

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 radicaran 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 MARZO del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO
FIRMA Diana Morely Beltrán C.	FIRMA
NOMBRE: DIANA MORELY BELTRAN CORTES	NOMBRE:
C.C.: 52.821.386 TELF: 3779997 EXT: 1040	C.C. TELF:
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 Grado 05 (E)	No. DE CONTRATO:

CONTRATO No.1055/2023
INFORME No. 12
PERIODO COMPRENDIDO FEBRERO DE 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA
SUPERVISOR DEL CONTRATO: DIANA MORELY BELTRÁN CORTES

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 el proceso de elaboración, actualización, implementación y divulgación de las TRD del IDIPRON.	1.1 No se realizan actividades relacionadas con esta obligación.	**N/A**
2	Aplicar los Instrumentos Archivísticos contemplados en el Decreto 1080 de 2015 en el Artículo 2.8.2.5.8 4. Implementación y aplicación de la Tabla de Retención Documental -TRD y Cuadro de Clasificación Documental-CCD fase de aplicación, convalidación y adopción 2014-2016 Y 2016 a la fecha.	**2.1** Se realiza seguimiento y control de calidad al inventario documental de los periodos: 2014, 2020 de la serie contratos. De la gerencia contractual.	**Anexo 2.1** Inventarios documentales
3	Realizar valoración, inspección, asesoría y asistencia técnica a las unidades de protección integral, áreas de derecho y unidades administrativas de IDIPRON en la realización de actividades encaminadas al manejo y administración documental de los archivos de Gestión	3.1 No se realizan actividades relacionadas con esta obligación.	**N/A**
4	Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el quehacer productivo de los colaboradores del Área	**4.1** Se realiza el acompañamiento verificación y control de calidad a las actividades realizadas por parte de los auxiliares del archivo jurídica calle 61 y auxiliares del grupo de gestión documental que interviene los expedientes de CPS 2014 en el archivo central "la florida".	**Anexo 4.1** Formato de transferencia de folios firmado registrando las actividades de los auxiliares.
5	Apoyar los procesos de transferencias documentales primarias y/o secundarias acordes con las tablas de retención documental (TRD) y las tablas de valoración documental (TVD).	**5.1** No se realizan actividades relacionadas con esta obligación	N/A
6	Verificar que los documentos y soportes para el pago del personal contratista del proceso de Gestión Documental cumplan con los requisitos legales y reglamentarios	**6.1** Se realiza acompañamiento y revisión de los informes mensuales y verificación de soportes de pago de parafiscales auxiliares del archivo jurídica calle 61 y auxiliares del grupo de gestión documental que interviene los expedientes de CPS 2014 en el archivo central "la florida".	**Anexo 6.1** Pantallazo correo enviado de los respectivos informes
7	Realizar capacitaciones relacionadas con conceptos, procesos, normatividad vigente e instrumentos archivísticos al	**7.1** No se realizan actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

	personal contratista y de planta del IDIPRON		
8	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor.	**8.1** Participación a reuniones citadas por parte la jefe del grupo de contratación.	**Anexo 8.1** Acta reunión y listados de asistencia.

*** 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	$170.000	ENERO/2024
PENSIÓN	$217.600	ENERO/2024
ARP	$14.200	ENERO/2024

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE MARZO DE 2024

Diana Morely Beltrán C	
DIANA MORELY BELTRÁN CORTES **PROFESIONAL UNIVERSITARIO** **CÓDIGO 219 GRADO 05 (E)**	**EDWIN URIEL HERNÁNDEZ NOVA** **C.C. 1071738446**

Nombre apoyo a la Supervisión:
Cargo:
Vo Bo Apoyo a la supervisión

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	1071838446	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA	carrera 48#174b-67	3118552124	edwinnova022@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
2024-01	2024-01	I	19/02/2024	74838260	TOTAL A PAGAR	
					$404.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	170.000	0		0		0	7	1.100	0	171.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	217.600	0	0	0	0	7	1.400	0	219.000	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	14.200				14.200	7	100	14.300			142	14.300	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	170.000	171.100
Pensión	1	217.600	219.000
Riesgos Laborales	1	14.200	14.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	401.800	404.400

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
CC	1071838446	EDWIN URIEL HERNANDEZ NOVA		carrera 48#174b-67	3118552124	edwinnova022@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-01	2024-01	I	19/02/2024	74838260	$404.400	

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	CORRECCION	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	1071838446	HERNANDEZ NOVA EDWIN URIEL	59	0			N																	230301	1.360.000	217.600	0	0	0	0	EPS017	1.360.000	170.000	14-23	1.360.000	2	14.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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