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	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS	No.	2024-1212
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA LA IMPLEMENTACION DE ESQUEMAS, MODELOS, METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y OPTIMIZACIÓN DE LOS COMPONENTES INSTITUCIONALES EN EL CONTEXTO DE COMPETENCIAS.		
CONTRATISTA	RUBEN DARIO GONZALEZ HERNÁNDEZ	CÉDULA O NIT	14,696,934
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
	10	MAYO	2024	9	SEPTIEMBRE	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	$	$ 33,600,000		
IVA TOTAL INCLUIDO		N/A		
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO 2024002093 FECHA 09/05/2024	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL		02301160103000000727		
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	4	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 30 DE AGOSTO DE 2024
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	31,080,000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	SEPTIEMBRE
SALDO DEL CONTRATO $	2,520,000	**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 ($8.400.000), 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/0214/0103/41040297727	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/0214/0104/41040347727	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
31677272	420101	personal oficina planeacion	$ 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	$ 537,600	FAMISANAR	$ 420,000	$ 35,100	Sí: X No:	DAVIVIENDA INTERESES CRÉDITO HIPOTECARIO	$ 1,704,964
						MEDICINA PREPAGADA	$ 335,927
						DAVIVIENDA FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES	$ 629,930

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 2 del mes de SEPTIEMBRE del año 2024

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.: 7718455	TELF: 3779997	C.C.:	TELF:
CARGO: JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN		CARGO O No. DE CONTRATO:	

CONTRATO No. 1212- /2024

INFORME No. -SEGUNDO – N°04

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 01 Y EL 31 DE AGOSTO DE 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA -RUBÉN DARÍO GONZÁLEZ HERNÁNDEZ-

SUPERVISOR DEL CONTRATO: -FABIÁN ANDRÉS CORREA ALVAREZ

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	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.	Durante la vigencia se avanzó en el diseño de una propuesta orientada a documentar las acciones necesarias para realizar las optimizaciones requeridas para implementar un procedimiento que asegure la calidad de los datos y verificación de versiones de los informes estratégicos y de gestión del IDIPRON. Así se avanzó en una versión enviada para análisis y validación con la supervisión y su potencial integración de acciones a una propuesta de procedimiento en el formato institucional	• DOCUMENTO: PROPUESTA Marco Recomendado para la optimización y formalización del procedimiento de Informes de Gestión 26082024 • COMUNICACIÓN: Envío propuesta preliminar - análisis buenas prácticas para optimizar procedimiento de informes de gestión 29082024
2	2. Acompañar desde la Oficina Asesora de Planeación la formulación e implementación de lineamientos y mejoras orientadas a optimizar la gestión institucional.	En el periodo se avanzó en el diseño de una propuesta de procedimiento de chequeo que integre las acciones necesarias para revisar y validar las propuestas de ajustes procedimentales o complementarios como parte de las adaptaciones de servicios y equipos al rediseño institucional. En paralelo se recibió para análisis y consideraciones propuestas de la STLP en la materia sobre la cual se realizarán los análisis del caso y consideraciones requeridas para el proceso.	• DOCUMENTO: Propuesta Proceso de revisión y validación de potenciales reasignaciones de procesos y servicios IDIPRON 23082024 • INSUMO EN REVISIÓN: Revisión Preliminar Propuesta rediseño 2 - STLP Ago2024 • Solicitud de revisión propuesta STLP IDIPRON Rediseño4
3	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.	Durante el periodo se avanzó en el diseño de la propuesta de socialización, sensibilización y recolección de perspectivas de servidores con miras a analizar necesidades complementarias del rediseño institucional con el ánimo de facilitar la apropiación y gestión del cambio al interior de los equipos institucionales.	• DOCUMENTO: PROPUESTA Estrategia socialización y revisión alternativas de ajustes viables complementarias al proceso de rediseño30082024

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)**
4	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.	En la vigencia se construyó un instrumento interno orientado a iniciar el seguimiento de iniciativas legislativas, proyectos de ley y solicitudes del legislativo que pueden estar relacionadas con la misionalidad institucional y requieren de su atención o análisis interno.	• DOCUMENTO: Análisis de priorización y focalización de iniciativas legislativas en Colombia para el IDIPRON 16082024 • INSUMO. PRIORIZACIÓN PROYECTOS DISTRITO AGO2024 • INSUMO: PROYECTOS DE LEY Y PETICIONES CONGRESO DE LA REPÚBLICA 2024 (corte 08-08-24)
5	5. Asistir a las reuniones, comités, diferentes mesas de trabajo y demás actividades que le sean asignadas por el supervisor.	Durante el periodo no se requirió de la asistencia a mesas de trabajo o comités por parte de la supervisión	NA
6	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 informe final de ejecución contractual.	NA
7	7. Las demás inherentes al objeto y naturaleza del contrato		

*** 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	900.000	Agosto de 2024
PENSIÓN	1.224.0000	Agosto de 2024
ARP	75.200	Agosto de 2024

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: -02 DE SEPTIEMBRE DE 2024

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.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	12/07/2024	78666934	$2.199.200	

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	7.200.000	1.152.000	0	0	36.000	36.000	EPS017	7.200.000	900.000	14-23	7.200.000	2	75.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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.		SI

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	
2024-07	2024-07	I	12/07/2024	78666934	$2.199.200	

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	900.000	0		0		0	0	0	0	900.000	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	1.152.000	0	0	36.000	36.000	0	0		1.224.000	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	75.200				75.200	0	0	75.200			752	75.200	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	900.000	900.000
Pensión	1	1.224.000	1.224.000
Riesgos Laborales	1	75.200	75.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.199.200	2.199.200

COPIA

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