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

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	**No.**	**20241261**
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA REALIZAR ACTIVIDADES INTERINSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS, OPERATIVAS Y FINANCIERAS, PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO NO. 1050 DE 2024 ENTRE TRANSMILENIO S.A. Y EL IDIPRON, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE OPORTUNIDADES		
CONTRATISTA	RIASCOS RIASCOS SANDRA LORENA	CÉDULA O NIT	1.032.431.697
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
	21	MAYO	2024	20	FEBRERO	2025	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 $	55.800.000		
IVA TOTAL INCLUIDO			
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO 2024002231 FECHA 20/05/2024	NUMERO: / FECHA:	NUMERO: / FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011601170000007726		
CONCEPTO DEL RUBRO	DESARROLLO CAPACIDADES Y AMPLIACIÓN DE OPORTUNIDADES DE JÓVENES PARA SU INCLUSIÓN SOCIAL Y PRODUCTIVA BOGOTÁ - ADMINISTRADOS DE DESTINACIÓN ESPECIFICA / Otros servicios de la administración pública n.c.p.		
VALOR DEL PAGO A AFECTAR $	$ 6.200.000		

NÚMERO DEL PAGO	5	**PERIODO DEL PAGO:**	DEL 1 AL 30		SEPTIEMBRE
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	26.866.667	**PAC PROGRAMADO PARA:**		OCTUBRE	
SALDO DEL CONTRATO $	28.933.333	**VALOR:**		$	**6.200.000**
FACTURAS No.					

SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.: ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO — TIENE EMPLEADOS A CARGO: ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO

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: SEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($6200000), 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/0214/0120/41030047726	Servicio de educación para el trabajo a la población vulnerable	100,0%	6.200.000
TOTAL		**100,0%**	**6.200.000**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
31677261	1742	CONVENIO No.1050 de 2024	$ 6.200.000

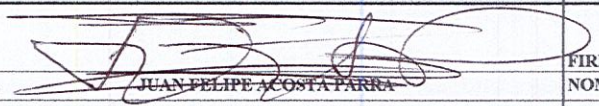
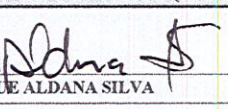
* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS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

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

PENSIÓN		SALUD		ARL		TIENE DEPENDIENTES		OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	396.800	COMPENSAR	310.000	POSITIVA	60.500	Si: X	No:	N/A	N/A

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 OCTUBRE del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE:	JUAN FELIPE ACOSTA PARRA	NOMBRE:	JAVIER ENRIQUE ALDANA SILVA
C.C.:	80.117.601 TELF: 3100411	C.C.	80772458 TELF:
SUBDIRECTOR TÉCNICO DE OPORTUNIDADES CÓDIGO 068 GRADO 02		CARGO O No. DE CONTRATO: CPS 2017/2024	

CONTRATO No. -1261/2024
INFORME No. 5
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO: MIRNA ESTER HIGUERA BOHORQUEZ

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	Concertar los procesos administrativos que conlleven a la correcta ejecución del convenio interadministrativo.	1. Se realizo revisión de la Resolución 470 de 2024, donde se ordena el pago a jóvenes de estímulo de corresponsabilidad. 2. Revisión informe financiero del mes de julio convenio 1050-24	- Se anexa Resolución 470 de 2024, donde se ordena el pago a jóvenes de estímulo - Se anexa informe financiero. Obligación 1
2	Planear, diseñar, implementar, liderar y evaluar las acciones administrativas, operativas y técnicas necesarias para el adecuado cumplimiento del convenio Interadministrativo suscrito con TRANSMILENIO S.A.	1. Reunión de seguimiento y radicación de cuentas pago Mes - administrativos convenio 1050-24.	- Planillas de asistencias Obligación 2
3	Realizar control administrativo de las		- Se anexa matriz pago mes

	actividades establecidas en el convenio con TRANSMILENIO S.A.	Revisión cuentas pago mes septiembre 2024. Revisión de cuentas pago día septiembre 2024.	Se anexa matriz pago día y pago mes. Obligación 3
4	Contar con los equipos necesarios (celular con plan de voz y datos, equipo de cómputo), que garantice la permanente comunicación con los diferentes actores del convenio en desarrollo de las actividades del mismo, al igual que la sistematización de la información que se requiera	Participación en los grupos de WhatsApp creados por Transmilenio, atención de llamadas.	- Archivo de WhatsApp Obligación 4
5	Concertar y apoyar en la verificación y seguimiento al equipo de contratistas del convenio.	- Se realizo la verificación de los informes de actividades planillas e interventorías de pago día. - Se realizo la verificación de los informes de actividades planillas e interventorías de pago mes.	-Planillas de radicación de pago día. -Planillas de radicación de pago mes. Obligación 5
6	Consolidar la información del componente	1. – Se realizo la consolidación del informe de gestión del mes de	- Se anexan correos. Obligación 6

	anfitriones y el componente guías y presentar los informes correspondientes de todas las actividades desarrolladas en marco del Convenio Interadministrativo suscrito con TRANSMILENIO S.A., y los demás que le sean solicitados.	Julio y Agosto del CONVENIO 1050-24.	
7	Reportar oportunamente las modificaciones contractuales de los contratistas que participan en la ejecución del convenio suscrito con TRANSMILENIO S.A.	1. Reporte de las siguientes novedades: Cesión - Parra Diaz Marcela Cesión- Barragán Combita Andrés Cesión- Cuero Mosquera Duver Cesión- Juan José Ortegón Cesión- Erlika Murillejo Cesión- Gómez Runza Edison Cesión- Ferrer León Zared Cesión- Angulo Zanabria Jenny Cesión-Aguilera Cerón Rosalba Cesión- Cadena Lozano Karen Cesión -Ortiz Camelo Paula	- Se anexa correos. Obligación 7
8	Apoyar en la respuesta a los posibles requerimientos que realicen los organismos de control y vigilancia, durante la ejecución del convenio.	- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.	- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.
9	En el marco del objeto contractual el contratista apoyará las supervisiones que le sean asignadas	- Revisión de interventorías para pago día.	-Base de datos pago día OBLIGACION 9
10	Adelantar las gestiones	-Se realizo verificación en el aplicativo SIMI de las	Se anexa planilla

	administrativas que se requieran dentro del manejo y ejecución de recursos del convenio.	planillas de asistencias, para validar pago de estimulo de corresponsabilidad de los guías.	OBLIGACION 10
11	Estructurar los procesos contractuales de bienes y servicios que se requieran para la ejecución del convenio suscrito con TRANSMILENIO S.A.	- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención. -	- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.
12	Realizar el seguimiento oportuno al cargue de los documentos derivados del convenio por parte de IDIPRON en la plataforma SECOP II.	1. Se realizo seguimiento y validación en One drive y Secop II de las cuentas de los contratistas del convenio 1050-24. 2. Se realizo cargue de informes de gestión del convenio 2215-23 a la plataforma de Secop II-	Se anexan correos Obligación 12
13	Asistir y participar activamente en los comités y reuniones a las que sea convocado.	1. Se asistió a reunión de equipo administrativo- convenio 1050-24. 2. Capacitación SIMI. 3. Capacitación verificación planillas de asistencia semanal y diaria- corresponsabilidad. 4. Reunión revisión SIMI y entrega de planillas en físico.	- Se anexa Listado de asistencia. Obligacion 13
14	. Realizar las actividades que se	-Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.	

	requiera para el cierre y posterior liquidación del convenio.		- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.
15	Presentar el informe final de la ejecución operativa y financiera del convenio.	-Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.	-Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.
16	Las demás inherentes al objeto y naturaleza del contrato.	Se realizo solicitud a gestión ambiental para destrucción de prendas institucionales.	- Se anexa correo Obligacion 16

*** 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	$ 310.000	AGOSTO DE 2024
PENSIÓN	$ 396.800	AGOSTO DE 2024
ARL	$ 60.500	AGOSTO DE 2024

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 1 DE OCTUBRE DE 2024

SUPERVISOR DE CONTRATO **JUAN FELIPE ACOSTA PARRA** **SUBDIRECTOR TÉCNICO de Oportunidades,** **Código 068, Grado 02**	**SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS** **C.C 1032431697**

Nombre apoyo a la Supervisión: Javier Enrique Aldana Silva
Cargo: CPS 2017-24- subdirección técnica de oportunidades
Vo Bo Apoyo a la supervisión:
Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social

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	1032431697	SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS	calle16i#98-83	6044066	lorenitacali@gmail.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	
2024-08	2024-08	I	19/09/2024	79604172	$767.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	310.000	0		0		0	0	0	0	310.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	396.800	0	0	0	0	0	0		396.800	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	60.500				60.500	0	0	60.500			605	60.500	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	310.000	310.000
Pensión	1	396.800	396.800
Riesgos Laborales	1	60.500	60.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	767.300	767.300

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	1032431697	SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS		calle16i#98-83	6044066	lorenitacali@gmail.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	
2024-08	2024-08	I	19/09/2024	79604172	$767.300	

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	Comercio	ING	HET	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	1032431697	RIASCOS RIASCOS SANDRA LORENA	57	0			N																	230301	2.480.000	396.800	0	0	0	0	EPS008	2.480.000	310.000	14-23	2.480.000	3	60.500		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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS**, identificada con **CC** número **1032431697**, aportó por **SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS** identificado(a) con **CC** número **1032431697** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	AVC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTEMPORÁNEO
EPS008	Compensar EPS	57														0		30	$2,480,000	0.12500	$310,000	$0	$0	Agosto - 2024	79604172	19/09/2024	NO
230301	Porvenir	57														0		30	$2,480,000	0.16000	$396,800	$0	$0	Agosto - 2024	79604172	19/09/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57														0		30	$2,480,000	0.02436	$60,500	$0	$0	Agosto - 2024	79604172	19/09/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Septiembre de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.