ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 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

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	0801/2024	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCERA EN EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZANDO ACTIVIDADES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS EN MATERIA ARCHIVÍSTICA QUE CONTRIBUYAN AL PROCESO							
CONTRATISTA	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA ✓					CÉDULA O NIT	39.708.343	
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
	8	ABRIL	2024	7	JULIO	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	$ 6.800.000				$ 3.400.000			
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A				N/A			
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	1507	FECHA	05/04/2024	NUMERO	2754 29-05-2024	NUMERO: FECHA:	
RUBRO PRESUPUESTAL	O2301160103000007727				O2301160103000007727			
CONCEPTO DEL RUBRO	Fortalecimiento de la Infraestructura Física, TIC y de la Gestión Institucional del IDIPRON Bogotá - 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				$ 793.333			

NÚMERO DEL PAGO	5-ULTIMA	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 7 DE JULIO
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	10.200.000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	AGOSTO
SALDO DEL CONTRATO $	0	**VALOR:**	$ 793.333
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 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, Adolecencia y Juventud en situacion de vida en calle, en riesgo de habitabilidad en calle y en fragilidad social	90%	714.000
PM/0214/0120/41990167727	Desarrollo de competencias	10%	79.333
TOTAL		100%	793.333

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
31677272	4102 03	Gestion Documental	$ 793.333

* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCION 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
COLPENSIONES	217.600	COMPENSAR	170.000	14.200	Si:___ 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 dia 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 AGOSTO 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. 2024-0801
INFORME No. 5-ULTIMO
PERIODO COMPRENDIDO: 01 DE JULIO AL 07 JULIO DE 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA. MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA
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	• **Anexo 1.1** 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 hace revisión del inventario documental de los expedientes contractuales vigencia 2014, verificando la descripción de las series y subseries documentales según las versiones de las Tablas de Retención Documental (2014-2016), así como la revisión de las descripciones de los asuntos, folios y tomos. Se realizó la validación física de cada una de las carpetas, verificando un total en el inventario de 20 cajas.	• **Anexo 2.1** Formato único de inventario documental (FUID A-GDO-FT-018.)
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. Se realiza revisión a los expedientes contractuales de la vigencia 2014 verificando ordenación, foliación Diligenciamiento de chek list, FUID, caratulas, Rotulo de Carpetas y Cajas).	• **Anexo 3.1** Formato único de inventario documental (FUID A-GDO-FT-018).
4	Realizar supervisión, control de calidad y seguimiento de las actividades realizadas en el que hacer productivo de los colaboradores del Área.	4.1 Se realiza seguimiento a las actividades realizadas por las contratistas que adelantan el proceso de intervención documental a la Serie CONTRATOS (Revisión en la Ordenación, Foliación, Diligenciamiento de chek list, FUID, caratulas, Rotulo de Carpetas y Cajas).	• **Anexo 4.1** Formato único de inventario documental (FUID A-GDO-FT-018).
5	Apoyar los procesos de transferencias documentales primarias acorde 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	6.1 Se realizó la respectiva verificación a los informes del mes de Julio presentados por cada uno auxiliares del Archivo Central.	• **Anexo 6.1** Pantallazo envió correo con informes.

	requisitos legales y reglamentarios		
7	Realizar capacitaciones al personal contratista y de planta del IDIPRON.	7.1 No se realizan Actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
8	Apoyar las demás actividades que le sean asignadas por el Supervisor.	8.1 Se realizó acompañamiento a la revisión del inventario físicos y bienes	**Anexo 8.1** Acta

*** 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	$ 162.500	JUNIO
PENSIÓN	$ 208.000	JUNIO
ARP	$ 13.600	JUNIO

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 01 DE AGOSTO 2024

FIRMA	FIRMA
Diana Morely Beltrán C.	Martha Valderrama
DIANA MORELY BELTRÁN CORTÉS PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 05 (E)	**MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA C.C. 39.708.343**

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	39708343	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA	CALLE 20 10 21 ESTE BARRIO RUBI 1	8018738015	MNEUTA3434@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APD
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	05/07/2024	77714026	$429.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Independientes		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	170.000	0		0		0	0	0	0	170.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP y Subsistencia	Aporte FSP y Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	217.600	0	0		0	0	0		217.600	

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Reintegros		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subsistencia Cotización	No. Radicado Salud y Pensión	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros						14.200						142	14.200	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.200	0	0	27.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
MEN				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor Total de Todos los Conceptos	Total a Pagar
Salud	1	170.000	170.000
Pensión	1	217.600	217.600
Riesgos Laborales	1	14.200	14.200
CCF	1	27.200	27.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.000	429.000

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	39708343	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA	CALLE 20 10 21 ESTE BARRIO RUBI 1	6018738015	MNEUTA3434@GMAIL.COM	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	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	19/07/2024	78760223	$410.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP y Subcuentas	Aporte FSP y Subcuentas	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0		0	0	0		208.000	

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subsidio Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros						13.600						136	13.600	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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 A PAGAR

Tipo Administradora	No. Administradoras Relacionadas	Valor Neto de (Cot.) M.P. y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.100	410.100

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-024
		VERSIÓN	07
	CERTIFICADO DE ENTREGA DE ELEMENTOS A CARGO DEL CONTRATISTA	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

CONTRATISTA	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA				CÉDULA O NIT		39708343
NÚMERO DE CONTRATO	DEPENDENCIA DONDE DESEMPEÑA SU OBJETO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION (Incluyendo modificaciones)		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
CPS 0801	GERENCIA ADMINISTRATIVA	8	ABRIL	2024	7	JULIO	2024
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCERA EN EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZANDO ACTIVIDADES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS EN MATERIA ARCHIVÍSTICA QUE CONTRIBUYAN AL PROCESO						

Mediante la firma del presente documento el supervisor en los eventos que aplique certifica que:

1. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad la información digital que manejó y produjo el contratista mediante la ejecución de su Objeto Contractual, así mismo, que se realizó y entregó copia (Backup) de la información de la cuenta asignada y se le solicitó al área de sistemas deshabilitar el perfil del usuario asignado al Contratista.

2. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad los archivos de gestión a cargo del contratista conforme al formato A-GDO-FT-018 "Inventario Documental" respectivo, y que no tiene pendientes con préstamos de documentos del Archivo (Central / Misional).

3. Recibe a entera satisfacción y en su totalidad los bienes (equipos y herramientas de trabajo) utilizados por el contratista para el desarrollo del objeto contractual. (TRANSPORTE, MANTENIMIENTO, BIENES MUEBLES E INMUEBLES Y APOYO LOGÍSTICO)

4. Fueron recibidos a entera satisfacción y en su totalidad los bienes devolutivos, elementos de consumo y/o consumo contralado, utilizados por el contratista para el desarrollo del objeto contractual previa revisión y aceptación del responsable del inventario de la dependencia.

Elementos de Consumo		Chaqueta	Camiseta	Pantalón	Gorra	Maleta	Carnet	Otro, ¿Cuál?
	Cantidad	1						
	Talla	M						
	Observaciones							

5. El contratista NO tenía a su cargo el registro de información en el SIMI

FIRMA	Diana Morely Beltrán C.	**FIRMA**	MarthaR Valderrama N.
NOMBRES:	DIANA MORELY BELTRÁN CORTES	**NOMBRE:**	MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA
CARGO:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 05 (E)	**Rol:**	CPS 0801
DEPENDENCIA	GERENCIA ADMINISTRATIVA	**DEPENDENCIA**	GERENCIA ADMINISTRATIVA

Vo.Bo. Apoyo a la supervisión: Escribir los nombres y apellidos completos - cargo.

NOTA: El supervisor y/o interventor dará(n) fe de lo aquí establecido, sin perjuicio de las acciones administrativas, disciplinarias, fiscales y/o penales que se puedan suscitar por el desempeño de la labor de supervisión y/o interventoría, de conformidad con la normatividad vigente.

Este documento es de obligatoria elaboración y entrega para efectos del último pago, en el item 5 se puede incluir las filas que sean necesarias en caso de aplicar

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-005
		VERSIÓN	06
	CERTIFICACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	PÁGINA	1 de 1
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO NO. 0801 DE 4 DE ABRIL DEL 2024 CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD – **IDIPRON** Y **MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA,** suscribieron el contrato No. 0801 del 4 de abril 2024, **cuyo objeto es:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCERA EN EL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, REALIZANDO ACTIVIDADES OPERATIVAS Y ADMINISTRATIVAS EN MATERIA ARCHIVÍSTICA QUE CONTRIBUYAN AL PROCESO, para ser ejecutado en un plazo de **DOS (2) MESES** por un valor de **$ 6.800.000 (SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS. MCTE)**

Que el contrato inició su ejecución el día 3 de abril de 2024.

Que las partes suscribieron las siguientes modificaciones contractuales:

Adición No.1 Por TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS
Prórroga No. 1 Por UN (1) MES
Suspensión: N/A

Que el valor total del contrato es por la suma de CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DOCE PESOS. MCTE ($14.976.612)

Que el contrato tiene un valor ejecutado por DIEZ MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($ 10.200.000)

Que las garantías a que hubiere lugar con la suscripción del presente contrato fueron constituidas y actualizadas conforme a la fecha del acta de inicio y a las adiciones y prórrogas presentadas en marco de la ejecución del contrato. N/A

Que el objeto y obligaciones contratadas fueron realizadas por el contratista y recibido por el **IDIPRON** a entera satisfacción.

Que, durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias.

Que el saldo a favor del contratista corresponde a la suma de SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS MCTE (S 793.333) por honorarios del 1 al 7 de julio de 2024.

Que el saldo a liberar corresponde N/A

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., el 8 de julio de 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)
Diana Morely Beltrán C **FIRMA** **NOMBRE: DIANA MORELY BELTRAN CORTES** **CARGO:** Profesional universitaria 219-05 (E) **DEPENDENCIA:** Gerencia Administrativa-Gestión Documental	**FIRMA** **NOMBRE:** **No. DE CONTRATO:** **DEPENDENCIA:**

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