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	30	ABRIL	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	14.466.667	
IVA TOTAL INCLUIDO			
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO 2024002231 FECHA 20/05/2024	NUMERO: 2025000880 FECHA: 21/02/2025	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	623011601170000007726	O2301174103202400380800 4	
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.	Mejoramiento de capacidades y oportunida - Servicio de educación para el trabajo a la población vulnerable // Otros servicios de la administración pública n.c.p.	
VALOR DEL PAGO A AFECTAR $	$ -	$ 6.200.000	

NÚMERO DEL PAGO	12	PERIODO DEL PAGO:	MES DE MARZO
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	64.066.667	PAC PROGRAMADO PARA:	ABRIL
SALDO DEL CONTRATO $	6.200.000	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
23079673	1742	CONVENIO No.1050 de 2024	$ 6.200.000

* EN CASO DE REQUERIR MÁS 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		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 ABRIL del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA		FIRMA	Marcela Bonilla Rico
NOMBRE:	JUAN FELIPE ACOSTA PARRA	NOMBRE:	JENNY MARCELA BONILLA RICO
C.C.:	80.117.601 TELF: 3100411	C.C.	52791822 TELF: 3100411
SUBDIRECTOR TÉCNICO DE OPORTUNIDADES CÓDIGO 068 GRADO 02		CARGO O No. DE CONTRATO: CPS 2025-0701	

CONTRATO No. -1261/2024
INFORME No. 12
PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 30 DE MARZO DE 2025
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SANDRA LORENA RIASCOS RIASCOS
SUPERVISOR DEL CONTRATO: JUAN FELIPE ACOSTA PARRA

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 realizó revisión y firma de resolución 107-2025 para pago de estímulo de corresponsabilidad convenio 1050-24.	- Se anexa Resolucion OBLIGACION 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. Mesa misional seguimiento joven Kelly Yoana Jiménez. 2. Consolidación y solicitud certificado de registro presupuestal físico. 3. Realice consolidación y envío de hojas de vida con los perfiles recibidos a los administrativos para seguimiento y tramite.	- Se anexa Planilla de asistencia. - Se anexa correos OBLIGACION 2

3	Realizar control administrativo de las actividades establecidas en el convenio con TRANSMILENIO S.A.	1. Revisión de cuentas pago día 2025	-Se anexa matriz pago día OBLIGACION 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 OBLIGACION 4
5	Concertar y apoyar en la verificación y seguimiento al equipo de contratistas del convenio.	- Se realizó la verificación de los informes de actividades planillas e interventorías de pago día.	-Planillas de radicación de pago día OBLIGACION 5

6	Consolidar la información del componente 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.	Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.	- Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.
7	Reportar oportunamente las modificaciones contractuales de los contratistas que participan en la ejecución del convenio suscrito con TRANSMILENIO S.A.	Se realizó la revisión y firma de la terminación del contrato 1911 del 2024.	- Se anexa correo. OBLIGACION 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.	-Se anexan planillas pago día OBLIGACION 9

10	Adelantar las gestiones administrativas que se requieran dentro del manejo y ejecución de recursos del convenio.	Se realizó validación para el pago de estímulo de corresponsabilidad de los guías.	-Se anexa correo 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.	Se remitió CRP a los administrativos, para realizar el cargue en la plataforma de Secop II.	- Se anexa correo. OBLIGACION 12
13	Asistir y participar activamente en los comités y reuniones a las que sea convocado.	- Capacitación gestión de pagos Secop II - Mesa de trabajo deserción de Guías.	-Se anexa planilla de asistencia OBLIGACION 13

14	. Realizar las actividades que se requiera para el cierre y posterior liquidación del convenio.	-Durante el presente periodo no se realizó la obligación en mención.	- 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.	-Seguimiento a los contratistas que presentan novedades en vía. -Revisión oficio - Respuesta de PRUDAT-CC-1015410652-Solicitud de pruebas para la determinación de origen.	- Se anexan correos 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. Asi 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	FEBRERO DE 2025
PENSIÓN	$ 396.800	FEBRERO DE 2025
ARL	$ 60.500	FEBRERO DE 2025

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 1 DE ABRIL DE 2025

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: Jenny Marcela Bonilla Rico
Cargo: CPS 0701 -25- subdirección técnica de oportunidades
Vo Bo Apoyo a la supervisión: Marcela Bonilla Rico
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.		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	
2025-02	2025-02	I	19/03/2025	84911484	$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	calle16#98-53	6044066	lorenitacal@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	19/03/2025	84911484	$767.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudadano	Sustituto	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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																	23030*	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

Este documento esta 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 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N C	R E T	D E	A F P	D A P	V S P	V S M	I G E	L M A	V A C	V C T	I R P	COTIZACION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXTEMP
EPS008	Compensar EPS	57													0	30	$2,480,000	0.12500	$310,000	$0	$0	Febrero - 2025	84911484	19/03/2025	NO
230301	Porvenir	57													0	30	$2,480,000	0.16000	$396,800	$0	$0	Febrero - 2025	84911484	19/03/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57													0	30	$2,480,000	0.02436	$60,500	$0	$0	Febrero - 2025	84911484	19/03/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 18 días del mes Marzo de 2025

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