


| | | | | |
|--|--|--|----------------------|--------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL | | CÓDIGO | A-GCO-FT-006 |
| | | | VERSIÓN | 16 |
| | CERTIFICACIÓN PARA PAGOS DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA | | PÁGINA | 1 DE 1 |
| | | | VIGENTE DESDE | 07/12/2022 |

| 1. IDENTIFICACIÓN | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---------|--|--|--|------------------|-----------|
| CONTRATO DE: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | Nº | 2024-2441 | | | |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN CON AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA SEGUIMIENTO, CONTROL Y ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, PERTENECIENTES A LA GERENCIA OPERATIVA | | | | | | |
| CONTRATISTA | CARMONA MORA JONATHAN ALEXANDER | | CÉDULA O NIT | 1023893770 | | | |
| 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 |
| | 20 | OCTUBRE | 2024 | 19 | ENERO | 2025 | 8299 8299 |
| RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR | <input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA <input type="checkbox"/> GRAN CONTRIBUYENTE | | <input type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR | | <input checked="" type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> N.A | | |

| 2. DATOS PARA EL PAGO | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| VALOR TOTAL | CONTRATO | | ADICIÓN (Si la hubiere) | ADICIÓN (Si la hubiere) |
| | \$ 6.796.914 | | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | \$ 0 | | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | Número: 2024003991 | Fecha: 18/10/2024 | Número: _____ | Número: _____ |
| RUBRO PRESUPUESTAL | 6230117410220240037 | | Fecha: _____ | Fecha: _____ |
| CONCEPTO DEL RUBRO | Prevención, atención y protección integral a niñez, adolescencia y juventud en forma de exclusión extrema asociado al fenómeno de habitabilidad en calle bogota D.C | | | |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR | \$ 1.434.904 | | | |
| NÚMERO DEL PAGO | 4- ULTIMO | PERIODO DEL PAGO: | 01 AL 19 DE ENERO | |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO | \$ 6.796.914 | PAC PROGRAMADO PARA: | FEBRERO | |
| SALDO DEL CONTRATO | \$ 0 | VALOR: | \$ 1.434.904 | |
| FACTURAS No. | N/A | | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input checked="" type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN | TIENE EMPLEADOS A CARGO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN | <input checked="" type="checkbox"/> 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 : DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS. MCTE (\$2.265.638), 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 |
| O23011741022024003707038 | 7755 - Prevención, atención y protección integr - Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión socia | 2,34% | 33.577 |
| O23011741022024003706045 | 7755 - Prevención, atención y protección integr - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derechos | 19,30% | 276.936 |
| O23011741022024003702052 | 7755-Prevención, atención y protección integr - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes | 78,36% | 1.124.391 |
| TOTAL | | 100,0% | \$ 1.434.904 |


| 4. DISTRIBUCION DEL GASTO | | | |
|---------------------------|----------|---------------------|--------------|
| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
| 6307755-1 | 471035 | SANTA LUCIA | \$ 1.434.904 |
| | | | |

* 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 ADICIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIDIENDO 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 | DEPENDIENTE | OTROS | |
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | | NOMBRE | VALOR |
| COLPENSIONES | \$ 208.000 | SURA | \$ 162.500 | \$ 13.600 | SI: __ NO: X_ | - | - |

Certifico que el contratista en mención, cumplio 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 radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. Como supervisor (a) verificaré el cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de Diciembre. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

| Expedido en Bogotá D.C., el día <u>3</u> del mes de <u>FEBRERO</u> del año <u>2025</u> | |
|--|---|
| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar) |
| FIRMA | FIRMA |
| NOMBRE: YURI ESPERANZA BUSTOS RAMIREZ | NOMBRE: |
| C.C.: 1.079.232.636 | C.C.: |
| TEL: 3779997 | TEL: |
| CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 02 | CARGO: |


| | | | |
|--|---------------------------------|---------------|--------------|
|  | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO | A-GCO-FT-002 |
| | | VERSIÓN | 08 |
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO | PÁGINA | 1 de 2 |
| | | VIGENTE DESDE | 04/10/2022 |

CONTRATO No. 2441/2024
INFORME No. 4
PERIODO COMPRENDIDO 01 AL 19 DE ENERO DEL 2025

NOMBRE DEL CONTRATISTA: CARMONA MORA JONATHAN ALEXANDER
SUPERVISOR DEL CONTRATO: YURI ESPERANZA BUSTOS

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7720.

| DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL | | | |
|--|---|--|---|
| No. | OBLIGACIONES CONTRACTUALES | ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS | SOPORTES (Describe las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información) |
| 1 | Apoyar las actividades administrativas, de recepción diligenciamiento y verificación de los documentos para el cargue de la información misional según los procesos, procedimientos y lineamientos de la entidad e informar oportunamente a quien corresponda | Apoye la recepción de las actividades administrativas En la revisión de cuentas d os auxiliares | Registro de asistencia A – GDH – FT - 010 de las actas que se levantaron en la revisión |
| 2 | 2. Apoyar en la recepción, revisión y custodia la documentación institucional, archivo de gestión y misional que sea entregada en el desarrollo de su objeto contractual, acorde a los procesos, procedimientos y lineamientos institucionales, en los tiempos establecidos | Apoyo en el archivo organización de folios en la unidad de la 32 | Pantallazos de la relación de carpetas organizadas |
| 3 | s. 3. Brindar atención al cliente interno y externo del IDIPRON, en relación con las solicitudes, novedades o inquietudes presentadas durante el desarrollo administrativo. | Participe en la capacitación de programa sol y riesgos, Tienes el control y porque son importantes los controles | Formato de capacitación sol y riegos A – GDH – FT - 010 |
| 4 | . 4. Apoyar en el control, revisión y cargue de informes presentados por los contratistas y demás trámites requeridos para el cumplimiento de las obligaciones relacionadas, con el cargue de los documentos de la plataforma de SECOP II. | Se escanearon los pagos de los auxiliares administrativos y se enviaron para su respectivo cargue en Secop 2 | Pagos escaneados de los contratistas |
| 5 | 5. Apoyar en la administración de los bienes de consumo y consumo controlado, de acuerdo con la reglamentación vigente del Instituto. | Durante esta vigencia no se requirió esta actividad | N/A |
| 6 | 6. Adelantar las gestiones administrativas pertinentes para programar las reuniones de trabajo que sean requeridas por la Unidad de Protección Integral y elaborar las actas pertinentes. | Se realizo revisión en Secop 2 de las cuentas cargadas | Actas de revisión de cuentas |

| | | | |
|---|--|----------------------|--------------|
|  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>INTEGRACIÓN SOCIAL</small> <small>Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud</small> | GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO | A-GCO-FT-002 |
| | | VERSIÓN | 08 |
| | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO | PÁGINA | 2 de 2 |
| | | VIGENTE DESDE | 04/10/2022 |

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| 7 | .7. Realizar la recarga de las tarjetas tu llave a los beneficiarios y el reporte de las mismas de acuerdo al procedimiento establecido por el IDIPRON. | Se apoyo en la unidad de la 32 la revisión de planillas SITP | Planillas de las recargas realizadas |
| 8 | 8. Las demás actividades inherentes al objeto del contrato que sean asignadas por el supervisor donde se requiere el servicio. """" | Durante esta vigencia no se requirió esta actividad | N/A |

* **Incluir todas las filas que se requieran**

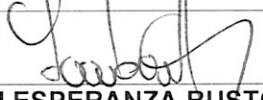

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el Idipron para el período 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 soporte se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. Como supervisor (a) verificaré el cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de diciembre. En consecuencia, se puede tramitar el pago correspondiente.

| APORTES | Valor Cotizado | Periodo cotizado |
|---------|----------------|------------------|
| SALUD | 162.500 | DICIEMBRE |
| PENSIÓN | 208.000 | DICIEMBRE |
| ARP | 13.600 | DICIEMBRE |

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 03 DE FEBRERO DEL 2025

| | |
|---|--|
|  YURI ESPERANZA BUSTOS PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 02 |  JONATHAN ALEXANER CARMONA MORA C.C 1023893770 |
|---|--|

Nombre apoyo a la Supervisión:

Cargo: Responsable de unidad

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; SI 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.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-05, 03:44:46 P. M. Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES
 Período Cotización: diciembre de 2024 Período Servicio: diciembre de 2024
 Número Planilla: 1069744651
 Referencia pago: 8922817590

PAGADA 20/01/2025

DATOS DEL APORTANTE

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Razón Social | JONATHAN ALEXANDER CARMONA MORA |
| Documento | CC1023893770 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE |
| Tipo Persona | NATURAL |
| Ciudad | BOGOTÁ D.C. |
| Representante Legal | Departamento |
| Total Afiliados | 1 |

I. DETALLE DEL APORTANTE

| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotización | Subtipo Cotización | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | Salud | | Riesgos | | Cajas | | Parafiscales | | Total | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|----------|----------------|----------------|-------------|----------------|----------------|-----------|--------------|-----------|-------|-------------|----------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-----------------|-----|-----|-----|-----------|
| | | | | ING | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SM | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias CCP | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Suma | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Muestreo | | | | |
| C 1023893770 | JONATHAN ALEXANDER CARMONA MORA | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Administradora | IBC Pensión | \$1.300.000 | \$208.000 | Administradora | IBC Salud | \$1.300.000 | \$162.200 | 1.044 | \$1.300.000 | \$13.000 | Administradora | IBC Caja | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$394.100 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Mat. Educación | Incapacidades Legales salidas a Favor | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|------------------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$1.300.000 | \$1.300.000 | \$1.300.000 | \$0 | \$208.000 | \$162.200 | \$13.000 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$394.100 | \$0 | \$394.100 |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446834 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 0180000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.016.744.339



COGE: REGISTRALIA
NOMBRE: CASTRO
NOMBRE: ONIMO
FECHA DE NACIMIENTO: EB-2018
CIUDAD: BOTA D.C. - CUNDINAMARCA
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO: SAN CRISTOBAL BOGOTA DC



Escanee el código para verificar su identidad.
El titular tendrá un plazo máximo de (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 05-SEP-2025
8514697701 05-MAR-2025