

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

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Nº	20242078				
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS CON AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA OPERATIVA PARA LAS DIFERENTES UPIS DEL IDIPRON							
CONTRATISTA	MARIA DEL MAR GOMEZ			CÉDULA O NIT	52.067.236			
CONTRATISTA CESIONARIO	NA			CÉDULA O NIT				
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN		CÓDIGO ACTIVIDAD		
	(tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)							
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	6	SEPTIEMBRE	2024	20	ENERO	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	\$ 5.417.685		\$ 2.708.843			
IVA TOTAL INCLUIDO	NA		NA			
REGISTRO PRESUPUESTAL	Número:	2024003475	Fecha:	6/09/2024	Número:	2024004757
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410220240037		O230117410220240037		Fecha:	
CONCEPTO DEL RUBRO	Protección Integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en Situación de Vida en Calle, en Riesgo de Habitarla o en Condiciones de Fragilidad Social Bogotá - OTROS DISTRITO		Protección Integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en Situación de Vida en Calle, en Riesgo de Habitarla o en Condiciones de Fragilidad Social Bogotá - OTROS DISTRITO			
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$ 300.982					
NÚMERO DEL PAGO	4		PERIODO DEL PAGO:		DEL 1 AL 5 DE DICIEMBRE	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 5.417.685		PAC PROGRAMADO PARA:		DICIEMBRE	
SALDO DEL CONTRATO	\$ 2.708.843		VALOR:		\$ 300.982	
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

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: : UN MILLON OCHOCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS. MCTE (\$1.805.895), 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 SGSSS para el régimen contributivo

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
O23011741022024003702052	7755-Prevención, atención y protección integr - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	82.29%	247.678
O23011741022024003706045	7755 - Prevención, atención y protección integr - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derechos	15.53%	46.743
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	2.18%	6.561
TOTAL		100,0%	\$ 300.982

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	471031	CONSERVATORIO	\$ 300.982

* 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
PROTECCIÓN	\$ 208.000	SALUD TOTAL	\$ 162.500	\$ 13.600	SI: NO: X	-	-

Certifico que el contratista en mención, cumple 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. Cómo 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 26 del mes de DICIEMBRE del año 2024

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. 1079232636	TELF: 3779997	C.C.	TELF:
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO,CÓDIGO 219, GRADO 02		CARGO:	