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

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**					No.	**2025-0469**	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE ESQUEMAS, METODOLOGÍAS Y ESTRATEGIAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS COMPONENTES INSTITUCIONALES EN EL CONTEXTO DE COMPETENCIAS							
CONTRATISTA	**RUBEN DARIO GONZALEZ HERNÁNDEZ**					CÉDULA O NIT	14.696.934	
CONTRATISTA CESIONARIO						CÉDULA O NIT		
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	**FECHA DE INICIO**			**FECHA DE TERMINACIÓN** (tenga en cuenta prórrogas y			**CÓDIGO ACTIVIDAD**	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	7	FEBRERO	2025	6	SEPTIEMBRE	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	**$**	**$ 58.800.000**				
IVA TOTAL INCLUIDO		NA				
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO	**331**	FECHA 07/02/2025	NUMERO: _____ FECHA:	NUMERO: _____ FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL		O230117410420240041				
CONCEPTO DEL RUBRO		Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C.				
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	**$**	$ 8.400.000				

NÚMERO DEL PAGO	6	PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 30 DE JULIO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	**$** 48.720.000	**PAC PROGRAMADO PARA:**	AGOSTO	
SALDO DEL CONTRATO	**$** 10.080.000	**VALOR:**	**$**	**8.400.000**
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: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($8.400.000), 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/0214/0110/41040340041	Servicios de apoyo para el fortalecimiento institucional	100,00%	8.400.000
TOTAL		**100,0%**	**8.400.000**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	4201 02	Gestion del Conocimiento e Innovación	$ 8.400.000

* 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

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

PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	POSITIVA	DEPENDIENTES	Nombre	Valor
COLPENSIONES	**537.600**	FAMISANAR	**420.000**	**35.300**	**Sí:_X__ No: _**	DAVIVIENDA INTERESES CRÉDITO HIPOTECARIO	**$ 1.704.964**
						MEDICINA PREPAGADA	**$ 335.927**
						DAVIVIENDA FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES	**$ 629.930**

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 radicarán 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 **2025**

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO	
FIRMA Fabian A. Correa A.		**FIRMA**	
NOMBRE: FABIAN ANDRÉS CORREA ALVAREZ		**NOMBRE:**	
C.C.: 7.718.455	**TELF:** 3779997	**C.C.:**	**TELF:** 3779997
CARGO: JEFE DE OFICINA ASESORA DE PLANEACION		**CARGO O No.**	