

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

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Nº	20250553
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA EN EL COMPONENTE DE SALUD PARA LA PLANEACION Y DESARROLLO DE ACTIVIDADES ORIENTADAS A LA PROMOCION DE LA SALUD DE LOS NNAJ DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7755			
CONTRATISTA	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE		CÉDULA O NIT	1.118.806.734
CONTRATISTA CESIONARIO			CÉDULA O NIT	
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO		FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)	
	DÍA	MES	AÑO	RUT
	13	FEBRERO	2025	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	NO RESPONSABLE DE IVA		RESPONSABLE DE IVA	
	GRAN CONTRIBUYENTE		AUTORRETENEDOR	
			OTRO	

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL	\$ 20.248.518							
IVA TOTAL INCLUIDO	\$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	Número:	2025000510	Fecha:	13/02/2025	Número:		Número:	
	Fecha:				Fecha:		Fecha:	
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011741020037							
CONCEPTO DEL RUBRO	Prevención, Atención y Protección Integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en forma de exclusión extrema asociados al fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$ 1.349.901							
NÚMERO DEL PAGO	7		ULTIMO PAGO		PERIODO DEL PAGO:		DEL 1 AL 12 DE AGOSTO DEL 2025	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 20.248.518				PAC PROGRAMADO PARA:		SEPTIEMBRE	
SALDO DEL CONTRATO	\$ 0				VALOR:		\$ 1.349.901	
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: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE (\$3374753), 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/0214/0102/41020520037	Servicio de prevención, atención y protección integral de niñas, niños; adolescentes y jóvenes en situación de vida en calle o alta permanencia en calle	96,74%	\$ 1.305.894
PM/0214/0106/41020450037	Servicio de prevención y atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas o en riesgo de explotación sexual comercial (escnna)	1,37%	\$ 18.494
PM/0214/0107/41020380037	Servicio de prevención y atención sociolegal a niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley	1,89%	\$ 25.513
TOTAL		100,0%	\$ 1.349.901

4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
23077551	476006	SALUD	\$ 1.349.901

* 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 MÁS 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
PORVENIR	\$ 227.760	COMPENSAR	\$ 177.938	\$ 34.700	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 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 SEPTIEMBRE del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE: Olga Mireya Quinche González		NOMBRE:	
CC: 51963078	TELF: 3779997 Ext 3016	CC:	TELF:
CARGO: Subdirectora técnica Poblacional Cod 068 grado 02		CARGO:	

Vr. 01; 15/09/2021