

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |  |                      |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|----------------------|---------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b><br><small>INTERVENCIÓN SOCIAL</small><br><small>Instituto Distrital para la Protección de la Salud y la Comunidad</small> | <b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>                                     |  | <b>CÓDIGO</b>        | <b>A-GCO-FT-006</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |  | <b>VERSIÓN</b>       | <b>16</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS</b> |  | <b>PÁGINA</b>        | <b>1 DE 1</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                |  | <b>VIGENTE DESDE</b> | <b>07/12/2022</b>   |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                         |       |      |                                                                    |              |      |                  |      |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|--------------------------------------------------------------------|--------------|------|------------------|------|
| <b>1. IDENTIFICACIÓN</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                         |       |      |                                                                    |              |      |                  |      |
| CONTRATO DE:                      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                 |       |      | No.                                                                | 1629 de 2025 |      |                  |      |
| OBJETO CONTRACTUAL                | PRESTAR EL SERVICIO DE HOSTING PARA LA PÁGINA WEB DEL IDIPRON                                                                                                                                                                                           |       |      |                                                                    |              |      |                  |      |
| CONTRATISTA                       | MIHOSTING S.A.S                                                                                                                                                                                                                                         |       |      | CÉDULA O NIT                                                       | 900724548-6  |      |                  |      |
| CONTRATISTA CESIONARIO            |                                                                                                                                                                                                                                                         |       |      | CÉDULA O NIT                                                       |              |      |                  |      |
| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO   | FECHA DE INICIO                                                                                                                                                                                                                                         |       |      | FECHA DE TERMINACIÓN<br>(tenga en cuenta prórrogas y suspensiones) |              |      | CÓDIGO ACTIVIDAD |      |
|                                   | DÍA                                                                                                                                                                                                                                                     | MES   | AÑO  | DÍA                                                                | MES          | AÑO  | RUT              | RIT  |
|                                   | 3                                                                                                                                                                                                                                                       | JUNIO | 2025 | 2                                                                  | JUNIO        | 2026 | 6311             | 6311 |
| RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA <input type="checkbox"/> OTRO<br><input type="checkbox"/> GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR <input type="checkbox"/> N.A |       |      |                                                                    |              |      |                  |      |

|                              |                                                                                               |               |       |            |                         |                         |  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|------------|-------------------------|-------------------------|--|
| <b>2. DATOS PARA EL PAGO</b> |                                                                                               |               |       |            |                         |                         |  |
| VALOR TOTAL                  | \$                                                                                            | \$ 27,000,000 |       |            | ADICIÓN (Si la hubiere) | ADICIÓN (Si la hubiere) |  |
| IVA TOTAL INCLUIDO           |                                                                                               | N/A           |       |            |                         |                         |  |
| REGISTRO PRESUPUESTAL        | NUMERO                                                                                        | 2025002135    | FECHA | 03/06/2025 | NUMERO:                 |                         |  |
| RUBRO PRESUPUESTAL           | O2301174104202400405034                                                                       |               |       | FECHA:     |                         |                         |  |
| CONCEPTO DEL RUBRO           | Fortalecimiento de la infraestructura tecnológica y de comunicaciones del IDIPRON BOGOTÁ D.C. |               |       |            |                         |                         |  |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR     | \$                                                                                            | \$ 2,250,000  |       |            |                         |                         |  |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                                                                                 |            |           |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| NÚMERO DEL PAGO                      | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | PERIODO DEL PAGO:                                                                                                               | SEPTIEMBRE |           |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO             | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 9,000,000  | PAC PROGRAMADO PARA:                                                                                                            | OCTUBRE    |           |
| SALDO DEL CONTRATO                   | \$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 18,000,000 | VALOR:                                                                                                                          | \$         | 2,250,000 |
| FACTURAS No.                         | FE-339                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                                                                                                                                 |            |           |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN<br><input checked="" type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | TIENE EMPLEADOS A CARGO<br><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> NO |            |           |
| FORMA DE PAGO                        | ARTÍCULO TERCERO. - FORMA DE PAGO: El IDIPRON pagará al contratista, el valor del presente contrato, en periodos fijos, mensualidades vencidas (12 mensualidades), previa certificación y aprobación del servicio prestado durante el mes por parte del supervisor del contrato.<br><br>Los pagos se harán dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de la factura debidamente diligenciada y soportada con la certificación de recibo a satisfacción, expedida por parte del supervisor del contrato y certificación del pago al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales expedida por el representante legal o revisor fiscal (según aplique).<br><br>El último pago estará sujeto a la suscripción y legalización del acta de liquidación, la cual deberá anexarse a los demás documentos requeridos para el respectivo pago, entrega de factura y soportes a satisfacción del supervisor del contrato.<br><br>NOTA 1: El pago estará sujeto al plan anual de caja PAC autorizado, situación que el contratista declarará conocer y aceptar con la presentación de la oferta. |            |                                                                                                                                 |            |           |

| 3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO |                        |               |                  |
|---------------------------------------|------------------------|---------------|------------------|
| NÚMERO                                | DESCRIPCIÓN            | PORCENTAJE    | VALOR            |
| PM/0214/0105/41040340040              | Servicios tecnologicos | 100.00%       | 2,250,000        |
|                                       |                        |               | 0                |
| <b>TOTAL</b>                          |                        | <b>100.0%</b> | <b>2,250,000</b> |

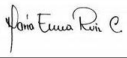
| 4. DISTRIBUCION DEL GASTO |          |                                               |              |
|---------------------------|----------|-----------------------------------------------|--------------|
| CENTRO DE COSTO           | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR                           | VALOR        |
| 2307972-1                 | 4401 01  | Personal Oficina Tecnologia de la Información | \$ 2,250,000 |

\* EN CASO DE REQUERIR MAS 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

|                                                                                                                   |       |         |       |              |                    |        |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|--------------|--------------------|--------|-------|
| <b>5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)</b> |       |         |       |              |                    |        |       |
| PENSIÓN                                                                                                           |       | SALUD   |       | ARL: (Valor) | TIENE DEPENDIENTES | OTROS  |       |
| ENTIDAD                                                                                                           | VALOR | ENTIDAD | VALOR |              | Sí: No:            | Nombre | Valor |
|                                                                                                                   |       |         |       |              |                    |        |       |

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 9 del mes de OCTUBRE del año 2025

|                                               |                                                                                     |                                                                      |                                                                                      |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO</b> |                                                                                     | <b>APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)</b>       |                                                                                      |
| FIRMA                                         |  | FIRMA                                                                |  |
| NOMBRE: MARIA EMMA RUIZ CASTRO                |                                                                                     | NOMBRE: JAIME ANTONIO GUZMAN PANTOJA                                 |                                                                                      |
| C.C.: 39.538.929                              | TELF: 3100411 Ext: 1213                                                             | C.C.: 87.103.416                                                     | TELF: 3100411 Ext: 1213                                                              |
| CARGO: Jefe de Oficina Código 006 Grado 01    |                                                                                     | CARGO O No. DE CONTRATO: Prof. Universitario Código 219 Grado 02 (E) |                                                                                      |