	<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>

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS				No.	2025-0285		
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE MANERA TEMPORAL, CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE INTERPRETACIÓN DE LENGUAJE DE SEÑAS COLOMBIANAS PARA LAS ESTRATEGIAS DEL IDIPRON EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7967 - STO							
CONTRATISTA	ELIECER DURÁN MANTILLA				CÉDULA O NIT	13.569.938		
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
	3	MARZO	2025	14	NOVIEMBRE	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 type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> N.A.			

2. DATOS PARA EL PAGO								
VALOR TOTAL	\$	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)
IVA TOTAL INCLUIDO		\$ 30.000.000						
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO	2025000668	FECHA	18/02/2025	NUMERO:		NUMERO:
RUBRO PRESUPUESTAL		O230117410320240038				FECHA:		FECHA:
CONCEPTO DEL RUBRO		Mejoramiento de capacidades y oportunidades a jóvenes inmersos en formas extremas de exclusión, asociados al fenómeno de habitabilidad en calle, para						
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$	\$ 1.400.000						
NÚMERO DEL PAGO		9 - ULTIMO		PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 14 DE NOVIEMBRE			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	25.200.000		PAC PROGRAMADO PARA:	DICIEMBRE			
SALDO DEL CONTRATO	\$	4.800.000		VALOR:	\$ 1.400.000			
FACTURAS No.		N/A						
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.		<input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO		<input 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		<b>Clausula sexta forma de pago:</b> 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 DE PESOS. MCTE (\$3.000.000), 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/0214/0108/41030040038	Otros servicios de la administración pública n.c.p.	100,00%	1.400.000
<b>TOTAL</b>		<b>100,0%</b>	<b>1.400.000</b>



4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307967-1	480302	GESTION GUIAS CULTURA CIUDADANA	\$ 1.400.000

\* 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

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor) POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR		Nombre	Valor	
COLPENSIONES	227.760	FAMISANAR	177.938	34.676	Sí: 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 diciembre del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO				APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)			
FIRMA				FIRMA			
NOMBRE: MIRNA ESTER HIGUERA BOHORQUEZ				NOMBRE: ELIANA DEL PILAR GONZALEZ DAGUA			
C.C.: 52.009.079	TELF:	3100411		C.C.: 1032375186	TELF:	3100411	
CARGO: Gerente Código 039 Grado 01				CARGO O No. DE CONTRATO: 2025/0259			