 <b>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> <small>INTEGRACIÓN SOCIAL</small> <small>Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud</small>	<b>GESTIÓN CONTRACTUAL</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>AGCOFT-006</b>
		<b>VERSIÓN</b>	<b>16</b>
	<b>CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS</b>	<b>1 PÁGINA de 1</b>	<b>1 DE 1</b>
		<b>VIGENTE DESDE</b>	<b>07/12/2022</b>

<b>1. IDENTIFICACIÓN</b>										
CONTRATO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS					No.	2025-2413			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA DE CONTRATACIÓN PARA LA REVISIÓN; ESTRUCTURACIÓN Y EVALUACIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA DE LO PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.									
CONTRATISTA	LORENA JULIETH LOZANO PUENTES					CÉDULA C NIT	1.069.174.418			
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A					CÉDULA C NIT	N/A			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	<b>FECHA DE INICIO</b>			<b>FECHA DE TERMINACIÓN</b> (tenga en cuenta prórrogas y)			<b>CÓDIGO ACTIVIDAD</b>			
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT		
	11	NOV	2025	16	ENE	2026	8299	8299		
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	<input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA <input checked="" type="checkbox"/> RESPONSABLE DE IVA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> AUTORRETENEDOR <input type="checkbox"/> N.A									
<b>2. DATOS PARA EL PAGO</b>										
	CONTRATO					ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)		
VALOR TOTAL \$	\$ 12.597.796							\$ 0		
IVATOTAL INCLUIDO	\$ 2.011.413									
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	3564	FECHA	11/11/2025	NUMERO		NUMERO	N/A		
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410420240041					FECHA		FECHA	N/A	
CONCEPTO DEL RUBRO	Otros Servicios de la administracion publica n.c.p							N/A		
VALOR DEL PAGO A AFECTAR \$	\$ 3.817.514									
NÚMERO DEL PAGO	1			PERIODO DEL PAGO	DEL 11 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2025					
VALOR CONTRATO EJECUTADO \$	\$ 3.817.514			PAC PROGRAMADO PARA:			DICIEMBRE			
SALDO DEL CONTRATO \$	\$ 8.780.282			VAL			\$ 3.817.514			
FACTURAS No.	FE-83									
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> NO			<b>TIENE EMPLEADOS A CARGO</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> NO						
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en meses, 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: CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS MCTE (\$5726271) la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividad del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoría expedida por el supervisor del contrato y acreditación de pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.									

<b>3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO</b>			
NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0110/41040340041	atencion de habitantes de la calle dotados	100%	\$ 3.817.514
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>	<b>\$ 3.817.514</b>


<b>4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO</b>			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	410501	PERSONAL GERENCIA CONTRATACION	\$ 3.817.514

\* 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

<b>5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)</b>							
PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVO	TIENE DEPENDIENTE	OTROS	
ENTIDAD	AFILIACION	ENTIDAD	AFILIACION			Nombre	Valor
COLPENSIONES		SANTAS		AFILIACION	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		

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 10 del mes de DICIEMBRE del año 2025

<b>SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO</b>		<b>APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)</b>	
 <b>FIRMA</b>		<b>FIRMA</b>	
<b>NOMBRE: LINA MARCELA FLOREZ</b>		<b>NOMBRE:</b>	
<b>CC: 1014213880</b>	<b>TELF: 6013779997</b>	<b>C.C.:</b>	<b>TELF:</b>
<b>CARGO: GERENTE DE CONTRATACIÓN</b>		<b>CARGO O No. DE CONTRATO:</b>	