

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

1. IDENTIFICACIÓN											
CONTRATO DE:		PRESTACION DE SERVICIOS			No.		2025-2367				
OBJETO CONTRACTUAL		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA DE CONTRATACIÓN DEL IDIPRON, PARA REALIZAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PROCESOS PRECONTRACTUALES, CONTRACTUALES Y POSTCONTRACTUALES QUE ALLÍ SE REQUIERAN DE CONFORMIDAD CON LOS ESTUDIOS PREVIOS									
CONTRATISTA		HENRY MAURICIO MENDOZA CRUZ			CÉDULA O NIT		1.122.648.996				
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		
			NOVIEMBRE	2025	12	DICIEMBRE	2025	8299	8299		
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR		☒ NO RESPONSABLE DE IVA						☐ RESPONSABLE DE IVA/A		☐ OTRO	
		☐ GRAN CONTRIBUYENTE						☐ AUTORRETENEDOR		☐ N.A	

2. DATOS PARA EL PAGO							
		CONTRATO			ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL		\$	\$ 8.716.675				
IVA TOTAL INCLUIDO							
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO	3445	FECHA	30/10/2025		
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		\$	2.490.479				
NÚMERO DEL PAGO		2 Y ULTIMA		PERIODO DEL PAGO:		1 AL 12 DE DICIEMBRE DE 2025	
VALOR CONTRATO EJECUTADO		\$	\$ 8.716.675		PAC PROGRAMADO PARA:		DICIEMBRE DE 2025
SALDO DEL CONTRATO		0		VALOR:		\$ 2.490.479	
FACTURAS No.							
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: SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE Y SEIS MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS PESOS. MCTE (\$6226196), 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/0214/0104/41040340041	Otros servicios de la administración pública n.e.p	100%	2.490.479
TOTAL		100%	2.490.479

4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	4105 02	GESTION ADQUISICIONES	\$ 2.490.479

* 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 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 DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PROTECCION	398.500	EPS SANITAS	311.400	26100	Sí: ____ No: <u>X</u>		

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 29 del mes de DICIEMBRE del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA  NOMBRE: LINA MARCELA FLOREZ CARDENAS C.C.: 1,014,213,880 TELF: 3779997 CARGO: GERENTE DE CONTRATACIÓN		FIRMA: N/A NOMBRE: C.C.: TELF: CARGO O No. DE CONTRATO:	