	GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO	AGCOFT006
			VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS		IPAGINA de 1	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN								
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 LOS PROCESOS DE CONTRATACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS.							
CONTRATISTA	LORENA JULIETH LOZANO PUENTES			CÉDULA NIT	1.069.174.418			
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A			CEDULA NIT	N/A			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y)			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DI	MES	AN	D	MES	AN	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							
2. DATOS PARA EL PAGO								
	CONTRATO			ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)		
VALOR TOTAL	\$	\$ 12.597.796				\$ 0		
IVATOTAL INCLUIDO		\$ 2.011.413						
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMER	3564	FECHA	11/11/2025	NUMER		NUMER	N/A
					FECHA		FECHA	N/A
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410420240041				N/A			
CONCEPTO DEL RUBRO	Otros Servicios de la administración pública n.c.p				N/A			
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$	\$ 5726271			\$			
NÚMERO DEL PAGO	2		PERIODO DEL PAGO		DEL 1 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2025			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	\$ 9.543.785		PAC PROGRAMADO PARA:		DICIEMBRE		
SALDO DEL CONTRATO	\$	\$ 3.054.011		VAL		\$ 5726271		
FACTURAS No.	FE93							
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN DE BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> NO			TIENE EMPLEADO(S) CARGO				
				<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 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: CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTE Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y UNO PESOS MCTE (\$5726271) 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 de pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.							

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO			
NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/01110/41040340041	atención de habitantes de la calle dotados	100%	\$5726271
TOTAL		100%	\$5726271


4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	410501	PERSONAL GERENCIA CONTRATACION	\$5726271

* 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

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSION		SALUD		ARL: POSITIVO	TIENE DEPENDIENTE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	227.800	SANITAS	178.000	24.000	<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 se publicarán en el SECOP II bajo la responsabilidad del contratista y verificación de la supervisión, así mismo cómo supervisor (a) verificaré el cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de Diciembre. En consecuencia, se autoriza 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 CC: 1014213880 TELF: 6013779997 CARGO: GERENTE DE CONTRATACIÓN		FIRMA NOMBRE: C.C.: TELF: CARGO O No. DE CONTRATO:	