 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>INSTITUCIÓN ESPECIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD</small>	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:	PRESTAR SERVICIOS			No.	2025-2354			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA EN LAS ACTIVIDADES DEL PROCESOS DE DESARROLLO DE CAPACIDADES Y HABILIDADES DE LOS NNAJ VINCULADOS AL IDIPRON EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7755							
CONTRATISTA	AURA JOHANNA ROJAS TORRES			CÉDULA O NIT	1.012.361.223			
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN <small>(tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)</small>			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	6	NOVIEMBRE	2025	5	ENERO	2026	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	<input checked="" type="checkbox"/> NO RESPONSABLE DE IVA <input 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								
VALOR TOTAL	\$	\$ 6.749.506			ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)		
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A			N/A				
RÉGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2025003464	FECHA	30/10/2025	NUMERO:	FECHA:		
RUBRO PRESUPUESTAL	6230117410220240037							
CONCEPTO DEL RUBRO	Prevención, atención y protección integral a niñez, adolescencia y juventud en formas de exclusión extrema asociados al fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$	\$ 562.459						
NÚMERO DEL PAGO	3 ÚLTIMO PAGO			PERIODO DEL PAGO:	ENERO 1 AL 5 DE 2026			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	6.749.506			PAC PROGRAMADO PARA:	FEBRERO		
SALDO DEL CONTRATO	\$	0			VALOR:	\$ 562.459		
FACTURAS No.								
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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	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 TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE (\$3374753), 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
O23011741022024003702052	Prevención, atención y protección integr - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	95,60%	537.711
O23011741022024003706045	Prevención, atención y protección integr - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derechos	2,70%	15.186
O23011741022024003707038	Prevención, atención y protección integr - Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	1,70%	9.562
TOTAL		100,0%	562.459


4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
6307755-1	4702 01	Personal Gerencia Operativa	\$ 562.459

* 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		ARI: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	227.800	FAMISANAR	178.000	34.700			

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 2 del mes de FEBRERO del año 2026

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO				APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)			
FIRMA 				FIRMA			
NOMBRE: MABEL CASTILLO HERNÁNDEZ				NOMBRE:			
C.C.: 52017452		TELF: 3100411		C.C.:		TELF:	
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219 GRADO 03				CARGO O No. DE CONTRATO:			