 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO	A-GCO-FT-006
			VERSION	16
	CERTIFICACIÓN PARA PAGO DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA		PÁGINA	1 de 1 1 DE 1
			VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	Prestación de Servicios			No.	2025-2416			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA EN LA STP PARA REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, PLANEACION, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS ELEMENTOS Y BIENES DE CONSUMO EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7755.							
CONTRATISTA	LUIS CARLOS AVILA CORREA			CÉDULA O NIT	79.695.103			
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
	21	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								
	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL	\$	\$ 5.512.500						
IVA TOTAL INCLUIDO								
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2025003626	FECHA	14/11/2025	NUMERO:	_____		
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410220240037							
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	\$	\$ 612.500						
NÚMERO DEL PAGO	3 Y ÚLTIMO PAGO			PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 5 DE ENERO DEL 2026			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	5.512.500			PAC PROGRAMADO PARA:		FEBRERO	
SALDO DEL CONTRATO	\$	0			VALOR:		\$ 612.500	
FACTURAS No.								
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	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 parti de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS. MCTE (\$3.675.000), 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-0214-0107-41020380037	servicio de prevención y atención sociolegal a niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley	1,70%	10.412
PM-0214-0106-41020450037	servicio de prevención y atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas o en riesgo de explotación sexual comercial (escnna)	2,70%	16.538
PM-0214-0102-41020520037	servicio de prevención, atención y protección integral de niñas, niños; adolescentes y jóvenes en situación de vida en calle o alta permanencia en calle	95,60%	585.550
TOTAL		100,0%	612.500


4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	4701 01	Personal Subdirección Poblacional	\$ 612.500

* 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 DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL SURA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	227.800	COMPENSAR	178.000	7.500	Sí: <u> </u> 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; así mismo velaré por el cumplimiento de las actividades realizadas por el contratista. En consecuencia se puede 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)	
			
NOMBRE: OLGA MIREYA QUINCHE GONZALEZ		FIRMA	
C.C.: 51.963.078	TELF: 3779997	C.C.:	TELF:
CARGO: Subdirectora Técnica Poblacional Código 068 Grado 02		CARGO O No. DE CONTRATO:	