

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO URBANO	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:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			No.		2025-2512		
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA DE CONTRATACIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS.							
CONTRATISTA	LUISA FERNANDA DIAZ VARGAS			CÉDULA O NIT		1.000.252.393		
CONTRATISTA CESIONARIO				CÉDULA O NIT				
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACION (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	1	DICIEMBRE	2025	15	ENERO	2026	8299	8299
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☒ NO RESPONSABLE DE IVA			☐ RESPONSABLE DE IVA			☐ OTRO	
	☐ GRAN CONTRIBUYENTE			☐ AUTORRETENEDOR			☐ N.A	

2. DATOS PARA EL PAGO

2. DATOS PARA EL PAGO				CONTRATO		ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL				\$ 4.350.000		\$ 0		\$ 0	
IVA TOTAL INCLUIDO				\$ 0		\$ 0		\$ 0	
REGISTRO PRESUPUESTAL				NUMERO:	3780	FECHA:	26/11/2025	NUMERO:	N/A
RUBRO PRESUPUESTAL				6230117410420240041				FECHA:	N/A
CONCEPTO DEL RUBRO				Otros servicios de la administración pública n.c.p				FECHA:	N/A
VALOR DEL PAGO A AFECTAR				\$ 1.449.990					
NÚMERO DEL PAGO				2 Y ULTIMO		PERIODO DEL PAGO:		DEL 01 A 30 ENERO DE 2026	
VALOR CONTRATO EJECUTADO				\$	4.350.000	PAC PROGRAMADO PARA:		FEBRERO	
SALDO DEL CONTRATO				\$	0	VALOR		1.449.990	
FACTURAS No.									
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.				☐ SÍ ☒ NO		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: DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS. MCTE (\$2900000), 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.					

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0104/41040340041	Prestación de servicios de apoyo y gestión - centros de atención de habitante de la calle dotados	100%	1.449.990
TOTAL		100%	1.449.990

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
6307973-1	410501	PERSONAL GERENCIA CONTRATACION	\$ 1.449.990

* 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 MÁS 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)

PENSION		SALUD		ARL: POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLPENSIONES	280.200	COMPENSAR	218.900	1000	Sí: ___ No: ___ X		

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 NOMBRE: LINA MARCELA FLOREZ C.C.: 1014213880 TELF: 3779997 CARGO: Gerente Codigo 039 Grado 01	FIRMA NOMBRE: TELF: CARGO O No. DE CONTRATO: