 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>INTEGRACIÓN SOCIAL</small> <small>Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud</small>	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	AGCOFT006
		VERSION	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	1 PÁGINA de 1	1 DE 1
		VIGENTE DESD	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 GERENC DE CONTRATACION PARA LA REVISION; ESTRUCTURACION Y EVALUACION TECNICA Y FINANCIERA DE LO PROCESOS DE CONTRATACION 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 (tengan cuenta prórrogas y)			CÓDIGO ACTIVIDAD
	DI	MES	A	DI	MES	A	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	NUMERO	3564	FECHA	11/11/2025	NUMERO FECHA	NUMERO FECHA	N/A N/A
RUBRO PRESUPUESTAL	6230117410420240041					N/A	
CONCEPTO DEL RUBRO	Otros Servicios de la administracion publica n.c.p					N/A	
VALOR DEL PAGO A AFECTAR \$	\$ 3.054.011			\$			
NUMERO DEL PAGO	3 Y ULTIMO			PERIODO DEL PAGO	DEL 1 AL 16 DE ENERO DE 2026		
VALOR CONTRATO EJECUTADO \$	\$ 12.597.796			PAC PROGRAMADO PARA:		FEBRERO	
SALDO DEL CONTRATO \$	0			VA		\$ 3.054.011	
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 SA 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 meses, 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 actividad 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/0214/0110/41040340041	atencion de habitantes de la calle dotados	100%	\$3.054.011
TOTAL		100%	\$3.054.011
4. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DE LA AUXILIAR	VALOR
630793-1	410501	PERSONAL GERENCIA CONTRATACION	\$3.054.011

* 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	366.500	SANITAS	286.400	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. 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		FIRMA NOMBRE:	
CC: 1014213880	TELF: 6013779997	C.C.:	TELF:
CARGO: GERENTE DE CONTRATACIÓN		CARGO O No. DE CONTRATO:	