

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Especial para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL		CÓDIGO	A-GCO-FT-006
			VERSIÓN	17
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS		PÁGINA	1 de 1
			VIGENTE DESDE	10/02/2026

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	CONTRAISTA				No.	1415-2025		
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS QUE SE REQUIERAN EN LA OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO DE IDIPRON Y APOYAR ADMINISTRATIVAMENTE LO CONCERNIENTE AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION -MIPG							
CONTRATISTA	DIANA CAROLINA TINJACA GONZALEZ				CÉDULA O NIT	52.829.470		
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
	22	MAYO	2025	11	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								
VALOR TOTAL	\$ 23.100.000				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
IVA TOTAL INCLUIDO	N/A				N/A			
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2058	FECHA	22/05/2025	NUMERO: 4182 FECHA: 22 DE DICIEMBRE -2025		NUMERO: _____ FECHA: _____	
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410420240041				6230117410420240041			
CONCEPTO DEL RUBRO	Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C				Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C			
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$ 0				\$ 1.210.000			
NÚMERO DEL PAGO	10 Último				PERIODO DEL PAGO:		1 AL 11 DE ENERO DE 2026	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 25.300.000				PAC PROGRAMADO PARA:		FEBRERO	
SALDO DEL CONTRATO	\$ 0				VALOR:		\$ 1.210.000	
FACTURAS No.								
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☐ SÍ ☒ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN				TIENE EMPLEADOS A CARGO ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☒ NO			
FORMA DE PAGO	CLAUSULA SEXTA-FORMA DE PAGO: El valor del presente contrato, se cancela en periodos fijos, mensuales vencidos, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes; valor que se pagara 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 MIL PESOS. MCTE (\$3.300.000), 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//0109/4104340041	7973 Prestación de Servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogota D.C	100,00%	1.210.000
TOTAL		100,0%	1.210.000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
6307973-1	450101	OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	\$ 1.210.000

* 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 DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	227.800	SANTAS	178.000	34.700	Sí: X 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 puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 13 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: KAREN DAZANA PATINO SAEZ		NOMBRE:	
C.C.: 1.032.375.829	TEL: 3005506565	C.C.:	TEL:
CARGO: JEFE DE OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO		CARGO O No. DE CONTRATO:	