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
		VERSIÓN	17
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	10/02/2026

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACION DE SERVICIOS	No.	2789-2025
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR EL SERVICIO DE INSTALACIÓN Y CONFIGURACIÓN DE OEL Y EL AFINAMIENTO, MIGRACIÓN, SOPORTE Y MANTENIMIENTO DE LAS BASES DE DATOS ORACLE DEL IDIPRON		
CONTRATISTA	IT CROWD S.A.S	CÉDULA O NIT	900488516-8
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
	5	ENERO	2026	4	ENERO	2027	6209	6209

RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR: ☐ NO RESPONSABLE DE IVA ☑ RESPONSABLE DE IVA ☐ OTRO ☐ GRAN CONTRIBUYENTE ☐ AUTORRETENEDOR ☐ N.A

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO	ADICIÓN (Si la hubiere)	ADICIÓN (Si la hubiere)
VALOR TOTAL	$ 74.906.500		
IVA TOTAL INCLUIDO	$ 11.959.861		
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO 4303 FECHA 30/12/2025	NUMERO: FECHA:	NUMERO: FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL	6230117410420240040		
CONCEPTO DEL RUBRO	Servicios de soporte en tecnologías de la información (TI)		
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 2.955.829		

NÚMERO DEL PAGO	3	PERIODO DEL PAGO:	ABRIL 2026
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 31.279.087	**PAC PROGRAMADO PARA:**	ABRIL
SALDO DEL CONTRATO	$ 43.627.413	**VALOR:**	**$ 2.955.829**
FACTURAS No.	**FEV 411**		

SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.: ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN — **TIENE EMPLEADOS A CARGO** ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☐ NO

FORMA DE PAGO

El IDIPRON pagará al contratista el valor del contrato mensualmente conforme al valor unitario ofertado por cada ítem o servicio, de acuerdo con los servicios solicitados por la supervisión del contrato y prestados por el contratista durante el periodo facturado, estos pagos se realizarán, previa aprobación del supervisor del contrato.

Los pagos se harán dentro de los treinta (30) días siguientes previa presentación de la factura debidamente diligenciada, el recibo a satisfacción del informe de las actividades ejecutadas por parte del supervisor del contrato y la presentación de la certificación del pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social y Parafiscales expedida por el representante legal o revisor fiscal (según aplique).

Los pagos estarán sujeto a la disponibilidad de los recursos del PAC y los de Tesorería Distrital.

Los pagos al contratista serán efectuados por el IDIPRON, en el número de cuenta y entidad bancaria que el contratista informe para tal fin. EL IDIPRON efectuará las retenciones de orden fiscal, de conformidad con la normativa vigente, las cuales estarán a cargo del Contratista.

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0105/41040340040	Sedes de infraestructura social mantenidas	100,00%	**$ 2.955.829**
TOTAL		**100,0%**	**2.955.829**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
6307972-1	440101	Personal Oficina Tecnologia de la Información	$ 2.955.829

* 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 ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO 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
					Sí:___ 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 14 del mes de ABRIL del año 2026

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA	**FIRMA** Héctor Leandro Triana Córdoba
NOMBRE: ANDREA CAROLINA CRUZ OMAÑA	**NOMBRE:** HECTOR LEANDRO TRIANA CORDOBA
C.C.: 1.032.438.807 **TEL:** (601) 7956660	**C.C.:** 1.032.373.118 **TEL:** (601) 7956660
CARGO: Jefe de Oficina Codigo 006 Grado 01	**CARGO O No. DE CONTRATO:** Profesional Universitario Codigo 219 Grado 07 (E)