 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	A-GCO-FT-006	
			VERSIÓN	17	
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS			PÁGINA	1 DE 1
				VIGENTE DESDE	10/02/2026

de 1

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			No.	2026-0474			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA, REALIZANDO SEGUIMIENTO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LAS UNIDADES DE PROTECCION INTEGRAL DEL IDIPRON 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 <small>(tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)</small>			CÓDIGO ACTIVIDAD	
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT
	29	ENERO	2026	28	JULIO	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 \$	\$ 29.953.224							
IVA TOTAL INCLUIDO	\$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2026000766	FECHA	29/01/2026	NUMERO:	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 \$	\$ 4.992.204							
NÚMERO DEL PAGO	4		PERIODO DEL PAGO:		ABRIL			
VALOR CONTRATO EJECUTADO \$	15.309.426		PAC PROGRAMADO PARA:		MAYO			
SALDO DEL CONTRATO \$	14.643.798		VALOR:		\$ 4.992.204			
FACTURAS No.	N/A							
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> TIENE EMPLEADOS A CARGO <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" 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 partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CUATRO PESOS. MCTE (\$4992204), 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
O23011741022024003702052	7755-Prevención, atención y protección integ - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	95,60%	4.772.547
O23011741022024003706045	7755 - Prevención, atención y protección integ - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	2,70%	134.790
O23011741022024003707038	7755 - Prevención, atención y protección integ - Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	1,70%	84.867
TOTAL		100,0%	4.992.204



4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	471050	OASIS	\$ 4.992.204

* EN CASO DE REQUERIR MAS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCION POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE ANADIR 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: (Valor)	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	320.000	SANITAS	250.000	20.900	Sí: 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 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 4 del mes de MAYO del año 2026

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
 FIRMA		 FIRMA	
NOMBRE: LORENA CECILIA ILLIDGE BENJUMEA		NOMBRE: ANGEL ANDRES ROJAS A	
C.C.: 40.922.911	TELF: 3779997	C.C.: 11221606	TELF: 3124792533
CARGO: GERENTE CÓDIGO: 039 GRADO: 01		CONTRATO 0320-2026	