 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL <small>Hechizo: Calidad para la Promoción 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

1. IDENTIFICACIÓN								
CONTRATO DE:	PRESTACION DE SERVICIO			No.	2026-0535			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA EN LA GERENCIA DE TERRITORIO COMO REFERENTE LOCAL PARA PLANEAR Y EJECUTAR ACCIONES PEDAGÓGICAS, SOCIALES Y TÉCNICAS DIRIGIDAS A NNAJ, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7755.							
CONTRATISTA	YICENETH ZAMUDIO VEGA			CÉDULA O NIT	53.101.902			
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
	22	ENERO	2026	21	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	\$ 21.000.000							
IVA TOTAL INCLUIDO	\$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2026000378	FECHA	22/01/2026	NUMERO:			NUMERO:
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011741020037			FECHA:			FECHA:	
CONCEPTO DEL RUBRO	Prevenición, Atención y protección integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en forma de exclusión extrema asociados al fenómeno de Habitabilidad en calle Bogotá D.C.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$ 3.500.000							
NÚMERO DEL PAGO	4			PERIODO DEL PAGO:		ABRIL DEL 2026		
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 11.550.000			PAC PROGRAMADO PARA:		MAYO		
SALDO DEL CONTRATO	\$ 9.450.000			VALOR:		\$ 3.500.000		
FACTURAS No.	N/A							
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ANEXA CERTIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> NO			TIENE EMPLEADOS A CARGO <input type="checkbox"/> SÍ <input 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: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.500.000), 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
O2301174102204003702052	7755-Prevención, atención y protección integ - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	95,60%	3.346.000
O2301174102204003706045	7755 - Prevención, atención y protección integ - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derechos	2,70%	94.500
O2301174102204003707038	7755 - Prevención, atención y protección integral servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	1,70%	59.500
TOTAL		100,0%	3.500.000


4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
23077551	475001	Personal Gerencia de Territorio	\$ 3.500.000

* 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	\$ 280.200	SANITAS	218.900	RIESGO 5	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 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: JORGE ALEJANDRO VILLANUEVA BUSTOS		NOMBRE:	
C.C.: 79790196	TEL:	C.C.:	TEL:
CARGO: GERENTE TERRITORIO CÓDIGO 039 GRADO 01		CARGO O No. DE CONTRATO:	

Vr. 02; 12/03/2024