

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. OFICINA GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO URBANO	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:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2026-0224	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMÍA TÉCNICA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PARA APOYAR JURÍDICAMENTE A LA GERENCIA DE CONTRATACIÓN DEL IDIPRON EN LA PLANEACIÓN Y EL TRÁMITE DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y EN LAS ETAPAS PRECONTRACTUALES CONTRACTUALES Y POSCONTRACTUALES							
CONTRATISTA	CARLOS ARTURO ALFONSO MARTÍNEZ					CÉDULA O NIT	79.820.093	
CONTRATISTA CESIONARIO	Jeisson Armando Cubillos Mora					CÉDULA O NIT	1022932075	
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
	20	ENERO	2026	19	AGOSTO	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								
	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL	\$ 42.000.000							
IVA TOTAL INCLUIDO	\$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	255	FECHA	20/01/2026	NUMERO: FECHA:		NUMERO: FECHA:	
RUBRO PRESUPUESTAL	O23011741042024004110034							
CONCEPTO DEL RUBRO	Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$ 6.000.000				\$ 0			
NÚMERO DEL PAGO	4			PERIODO DEL PAGO	DEL 1 AL 30 DE ABRIL DE 2026			
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$	20.200.000		PAC PROGRAMADO PARA:	MAYO			
SALDO DEL CONTRATO	\$	21.800.000		VALOR	6.000.000			
FACTURAS No.								
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☒ SÍ ☐ NO				TIENE EMPLEADOS A CARGO ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☒ 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 partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: SEIS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$6.000.000), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, d 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/0214/0104/41040340041	Otros servicios de la administración pública n.c.p	100%	6.000.000
TOTA		100%	6.000.000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307973-1	410501	PERSONAL GERENCIA CONTRATACION	\$ 6.000.000

* 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 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 DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSION		SALUD		ARL: POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	384.000	NUEVA EPS	300.000	16,400	Sí:___No:___X___		

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: LINA MARCELA FLOREZ		NOMBRE:	
C.C.: 1.014.213.880	TELF: 3779997	TELF:	
CARGO: Gerente Codigo 039 Grado 01		CARGO O No. DE CONTRATO:	