ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-006
		VERSIÓN	16
	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA 1 de 1	1 DE 1
		VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS					No.	2920-2024	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE TRABAJADOR(A) SOCIAL EN EL COMPONENTE PSICOSOCIAL CON AUTONOMIA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA EJECUCION Y SEGUIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION A LOS NNAJ CONFORME AL MODELO PEDAGÓGICO DEL IDIPRON.							
CONTRATISTA	MILLAN DIAZ DEYSSI ALEXANDRA					CÉDULA O NIT	1.033.687.127	
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
	27	NOVIEMBRE	2024	26	ENERO	2025	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	$	$ 6.749.506					
IVA TOTAL INCLUIDO					N/A		
REGISTRO PRESUPUESTAL		NUMERO	2024004597	FECHA 22/11/2024	NUMERO	FECHA:	NUMERO: ——— FECHA:
RUBRO PRESUPUESTAL		O230117410202024003702052					
CONCEPTO DEL RUBRO		Prevencion, atencion y proteccion integral a niñez, adolecencia y juventud en formas de exclusion externas asociados al fenomeno de habitabilidad en calle Bogota D.C					
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$	$ 449.967					

NÚMERO DEL PAGO	1	PERIODO DEL PAGO:	DEL 27 AL 30 DE NOVIEMBRE	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 449.967	PAC PROGRAMADO PARA:	DICIEMBRE	
SALDO DEL CONTRATO	$ 6.299.539	VALOR:	$	449.967
FACTURAS No.				
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.	☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN	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 a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE ($3374753), 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
O230117410220240037020 52	Prevención, atención y protección integr - Servicio de protección integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes	78,36%	$ 2.644.457
O230117410220240037060 45	Prevención, atención y protección integr - Servicios de educación informal a niños, niñas, adolescentes y jóvenes para el reconocimiento de sus derecho	19,30%	$ 651.327
O230117410220240037070 38	Prevención, atención y protección integr - Servicio dirigidos a la atención de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con enfoque pedagógico y restaurativo encaminados a la inclusión social	2,34%	$ 10.529
TOTAL		**100,0%**	**3.306.313**

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	460208	PSICOSOCIAL	$ 3.306.313

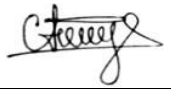
* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE
** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICCIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN ; DIVIENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: POSITIVA	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	**$0**	**SALUD TOTAL**	**$0**	**$0**	**Sí:___ No:_X__**	**N/A**	**$ -**

Certifico que el contratista en mención, cumplio a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el idipron para el período 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 soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. Cómo supervisor (a) verificaré ell cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de Diciembre. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.
Certifico que el contratista en mención, cumplio a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el idipron para el período relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al

Expedido en Bogotá D.C , el día 2 del mes de DICIEMBRE del año 2024

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA 	**FIRMA**
NOMBRE: AHILYN OBREGON SEPULVEDA	**NOMBRE:**
C.C.: 60381271 TEL:	**C.C.: TEL:**
CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO COD 219 GRADO 05 (E)	**CARGO:**

CONTRATO No. – 2024-2029
INFORME No. –1
PERIODO COMPRENDIDO A PARTIR DEL 27 AL 30 DE NOVIEMBRE 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Deyssi Alexandra Millán Diaz
SUPERVISOR DEL CONTRATO: AHILYN OBREGON SEPULVEDA

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Participar, articular, adelantar acciones y hacer seguimiento de compromisos en las instancias locales y/o distritales a las que se le convoque y delegue	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
2	Realizar intervención a los/las NNAJ, familia y/o redes de apoyo, de acuerdo al plan de atención individual y familiar (PAIF) formulado y establecido en el manual operativo del componente Sicosocial.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
3	Realizar articulación cada vez que se requiera con los componentes de derechos del IDIPRON, a fin de promover la garantía de derechos de los/las NNAJ.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
4	Realizar seguimiento a los procesos administrativos de restablecimiento de derechos solicitados a las autoridades competentes (defensoría de familia y/o comisarías de familia entre otras).	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
5	Proyectar y ejecutar los cronogramas y planes de trabajo formulados por el componente Sicosocial.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
6	Realizar en conjunto con el profesional en Psicología la valoración sicosocial y la formulación del plan de atención individual y familiar a los/las NNAJ.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
7	Realizar consulta social en domicilio para menores edad y en casos especiales para mayores de edad, de acuerdo con los procedimientos e instructivos y manual operativo del Componente Sicosocial.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
8	Realizar de manera permanente, eficiente y oportuna el cargue de la información de todas las acciones implementadas, en el aplicativo misional- SIMI; de acuerdo con los procedimientos, instructivos y manual operativo del Componente Sicosocial	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo

9	Apoyar el seguimiento a la inasistencia de los/las NNAJ cuando el componente encargado lo requiera, de acuerdo al procedimiento establecido por el Instituto, así como la participación en la mesa de seguimiento misional y la formalización del egreso en el SIMI.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
10	Diligenciar los formatos en su totalidad, según lineamientos de la entidad y realizar la entrega de la documentación que se haya generado, de manera mensual y organizada al auxiliar administrativo de la UPI y/o dependencia asignada.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
11	Participar en las diferentes mesas de trabajo y/o reuniones de carácter misional o institucional que sean convocadas, en el marco del proceso con los/las NNAJ.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
12	Realizar orientación, acompañamiento y/o seguimiento, a los/las NNAJ vinculados y no vinculados, acorde a sus necesidades.	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
13	Participar en el proceso de semilleros, postulación y vinculación de jóvenes a actividades de corresponsabilidad, así como en el seguimiento de avances, dificultades y compromisos de los/las jóvenes durante su permanencia en los convenios	Esta obligación no se ejecutó durante este periodo contractual, por el tiempo de inicio de contrato.	No se ejecutó en este periodo
14	Realizar acciones orientadas a garantizar el desarrollo de las estrategias definidas por el componente Sicosocial.	Se realiza actividades de observación de las acciones que se adelantan en la UPI OASIS	ANEXO 14. 1Acta y asistencia Upi Oasis

*** Incluir todas las filas que se requieran**

Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el idipron para el período 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 soporte se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. Cómo supervisor (a) verificaré el cumplimiento total de las actividades a realizar en el mes de diciembre. En consecuencia, se puede tramitar el pago correspondiente.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	0	afiliación
PENSIÓN	0	afiliación
ARP	0	afiliación

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 2 DE DICIEMBRE 2024

	
SUPERVISOR **AHILYN OBREGON SEPULVEDA PROFESIONAL UNIVERSITARIO COD 219 GRADO 5 (E)**	**CONTRATISTA** **DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ,**

Nombre apoyo a la Supervisión:
Vo Bo Apoyo a la supervisión:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:27/10/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 1033687127	DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 28D SUR 12K 22 Teléfonos: 3223106402

Dirección electrónica: deyssimillan@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 04/03/2013

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 04/03/2013 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141139928541

(415)7707212489984(8020) 000014113992854 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 3 6 8 7 1 2 7	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 3 6 8 7 1 2 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MILLAN	DIAZ	DEYSSI	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 28 D 12 K 22 SUR

42. Correo electrónico: deyssimillan@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 0 4 8	3 2 2 3 1 0 6 4 0 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 2 1 0 1 3	7 4 9 0	2 0 2 0 0 8 1 3			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 27 / 10 : 17: 35

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MILLAN DIAZ DEYSSI ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-13, 09:27:03 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068834553

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago 8822714968

PAGADA 13/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ		
Documento	CC1033687127	Dirección	CL 28D SUR #12 K - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223106402
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033687127	DEYSSI ALEXANDRA MILLAN DIAZ	59	0	X																0	4	4	4	0	(230201) PROTECCION	$179.987	$28.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$179.987	$22.500	2.436	$179.987	$4.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$55.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$179.987	$179.987	$179.987	$0	$28.800	$22.500	$4.400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$55.700	$500	$56.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!