2500

INSTITUTO PARA LA PROTECCION DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD
Al Contestar Cite Este Nr.:2026EE1983 O 1 Fol:1 Anex:0
Origen: GERENCIA ADMINISTRATIVA/LEUDO PAZ HARLY RAFAEL
Destino: /MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA
Asunto: DESIGNACIÓN COMO APOYO A LA SUPERVISIÓN CONTRATOS
Fec.Radic:20/05/2026 04:42:20. Obs.:

Bogotá, D.C. 19/05/2026

Señora
**MARTHA ROCIO VALDERRAMA NEUTA**
Gerencia Administrativa CPS 2026-0254
E-Mail: marthar.valderrama@idipron.gov.co

Asunto: **Designación como apoyo a la supervisión contratos de prestación de servicios – Proceso de la Gerencia Administrativa.**

Cordial saludo:

En razón al asunto en mención del presente comunicado y en calidad de Gerente Administrativo, me permito informarle que ha sido designado como apoyo a la supervisión de los siguientes contratos:

| CONTRATISTA | FECHA SUSCRIPCIÓN | CONTRATO |
|---|---|---|
| GARCIA GRACIA MARIA FERNANDA | 27/01/2026 | 2026-0271 |
| GONZALEZ GONZALEZ NICOLAS | 15/01/2026 | 2026-0269 |
| LOPEZ BALLESTEROS YEIMY JULIETA | 03/01/2026 | 2026-0276 |
| MOSQUERA ANGULO KEVIN SNEYDER | 06/01/2026 | 2026-0275 |
| PARRA MARTINEZ ANDRES FELIPE | 30/01/2026 | 2026-0925 |
| RUIZ CISNEROS JUAN DAVID | 22/01/2026 | 2026-0272 |
| TAMBO VARGAS NICOLAS | 17/01/2026 | 2026-0261 |

Lo anterior para su información, con el fin de que se dé cumplimiento a las funciones establecidas en el MANUAL DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA DE LA ENTIDAD.

Cordialmente

**JOSÉ EDGAR RUBIO RICO**
Gerente Administrativo Código 039 Grado 01
GERENCIA ADMINISTRATIVA
gerenciaadministrativa@idipron.gov.co

| | NOMBRE | FIRMA | FECHA |
|---|---|---|---|
| Proyectó: | Adriana María Barreto Comba - Contratista Gerencia Administrativa | | 19/05/2026 |
| Reviso | Eliana Flechas Mejía – Abogada Contratista Gerencia administrativa | | 19/05/2026 |
| Aprobó: | José Edgar Rubio Rico– Gerente Administrativo Código 039 Grado 01 | | 19/05/2026 |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos a firma. | | | |

| 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: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | No. | 2026-0272 | |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA APOYAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DE ARCHIVO EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973. | | | | | | | |
| CONTRATISTA | RUIZ CISNEROS JUAN DAVID | | | | | CÉDULA O NIT | 1,000,319,302 | |
| CONTRATISTA CESIONARIO | | | | | | CÉDULA O NIT | | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 26 | ENERO | 2026 | 25 | SEPTIEMBRE | 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 | $ | $ 18,124,800 | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | | $ 0 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | | NUMERO 508 FECHA 26/01/2026 | NUMERO: _____ FECHA: | NUMERO: _____ FECHA: |
| RUBRO PRESUPUESTAL | | O2301174104202400411003 4 | | |
| CONCEPTO DEL RUBRO | | Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C | | |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR | $ | $ 2,265,600 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO | |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO | $ 9,440,000 | PAC PROGRAMADO PARA: | JUNIO | |
| SALDO DEL CONTRATO | $ 8,684,800 | VALOR: | $ | 2,265,600 |
| FACTURAS No. | N/A | | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN | TIENE EMPLEADOS A CARGO ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO | | |
| FORMA DE PAGO | **CLAUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS. MCTE ($2.265.600)., 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,265,600 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,265,600** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 03 | Gestion Docimental | $ 2,265,600 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| PORVENIR | 280,200 | SALUD TOTAL | 218,900 | 18,300 | 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 soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día 1 del mes de junio del año 2026

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo | | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| FIRMA | | FIRMA | Martha Valderrama |
| NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ | | NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA | |
| C.C.: 11.799.402 | TELF: 3779997 | C.C.: 39708343 | TELF: 3779997 |
| CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | | CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254 | |

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo | | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| FIRMA | | FIRMA | Martha Valderrama |
| NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO | | NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA | |
| C.C.: 17.585.317 | TELF: 3779997 | C.C.: 39708343 | TELF: 3779997 |
| CARGO: GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | | CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254 | |

| 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: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | No. | **2026-0276** |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA APOYAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DE ARCHIVO EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973. | | |
| CONTRATISTA | **LOPEZ BALLESTEROS YEIMY JULIETA** | CÉDULA O NIT | 1,019,044,580 |
| CONTRATISTA CESIONARIO | | CÉDULA O NIT | |

| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 26 | ENERO | 2026 | 25 | SEPTIEMBRE | 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 $ | **$ 18,124,800** | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | $ 0 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO **509** FECHA 26/01/2026 | NUMERO: _____ FECHA: | NUMERO: _____ FECHA: |
| RUBRO PRESUPUESTAL | O2301174104202400411003 4 | | |
| CONCEPTO DEL RUBRO | Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C | | |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR $ | $ 2,265,600 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 9,440,000 | **PAC PROGRAMADO PARA:** | JUNIO |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 8,684,800 | **VALOR:** | **$ 2,265,600** |
| FACTURAS No. | **N/A** | | |

SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV.: ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO

**TIENE EMPLEADOS A CARGO** ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO

FORMA DE PAGO: **CLAUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS. MCTE ($2.265.600)., 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,265,600 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,265,600** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 02 | Gestion Ambiental | $ 2,265,600 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| PROTECCIÓN | **280,200** | COMPENSAR | **218,900** | **18,300** | **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 soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día **1** del mes de **junio** del año **2026**

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo | | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA** | | **FIRMA** Martha Valderrama | |
| **NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ** | | **NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** | |
| **C.C.: 11.799.402** | **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** | **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | | **CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254** | |

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo | | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO | |
|---|---|---|---|
| **FIRMA** | | **FIRMA** Martha Valderrama | |
| **NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO** | | **NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** | |
| **C.C.: 17.585.317** | **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** | **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | | **CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254** | |

| 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: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | No. | **2026-0275** |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA APOYAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DE ARCHIVO EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973. | | |
| CONTRATISTA | **MOSQUERA ANGULO KEVIN SNEYDER** | CÉDULA O NIT | 1,007,946,828 |
| CONTRATISTA CESIONARIO | | CÉDULA O NIT | |

| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 28 | ENERO | 2026 | 27 | OCTUBRE | 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 $ | **$ 20,390,400** | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | $ 0 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO **718** FECHA 28/01/2026 | 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 $ | $ 2,265,600 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 9,288,960 | **PAC PROGRAMADO PARA:** | JUNIO |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 11,101,440 | **VALOR:** | **$ 2,265,600** |
| FACTURAS No. | **N/A** | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN | **TIENE EMPLEADOS A CARGO** | ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO |
| FORMA DE PAGO | **CLAUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS. MCTE ($2.265.600)., 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,265,600 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,265,600** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 03 | Gestion Docimental | $ 2,265,600 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| PORVENIR | **280,200** | CAPITAL SALUD | **218,900** | **18,300** | **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 soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día **1** del mes de **junio** del año **2026**

| **SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo** | **APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO** |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Martha Valderrama |
| **NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ** | **NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 11.799.402** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | **CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254** |
| **SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo** | **APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO** |
| **FIRMA** | **FIRMA** Martha Valderrama |
| **NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO** | **NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 17.585.317** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | **CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254** |

| 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 1 de 1 |
| | | VIGENTE DESDE | 10/02/2026 |

## 1. IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | No. | **2026-0271** |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA ADELANTAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973. | | |
| CONTRATISTA | **MARIA FERNANDA GARCIA GRACIA** | CÉDULA O NIT | 1,014,479,613 |
| CONTRATISTA CESIONARIO | | CÉDULA O NIT | |

| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACION (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones) | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 29 | ENERO | 2026 | 28 | NOVIEMBRE | 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 $ | **$ 23,000,000** | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | $ 0 | $ 0 | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO **733** FECHA 28/01/2026 | 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 $ | $ 2,300,000 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 9,353,333 | **PAC PROGRAMADO PARA:** | JUNIO |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 13,646,667 | **VALOR:** $ | **2,300,000** |
| FACTURAS No. | **N/A** | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN | **TIENE EMPLEADOS A CARGO** ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO | |

FORMA DE PAGO: **CLÁUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS. MCTE ($2.300.000), 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,300,000 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,300,000** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 03 | Gestión Documental | $ 2,300,000 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| COLPENSIONES | **280,200** | **COMPENSAR** | **218,900** | **18,300** | **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 **1** del mes de **junio** del año **2026**

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Martha Valderrama |
| **NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ** | **NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 11.799.402** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | **CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254** |

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Martha Valderrama |
| **NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO** | **NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 17.585.317** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | **CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254** |

| 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 1 de 1 |
| | | VIGENTE DESDE | 10/02/2026 |

## 1. IDENTIFICACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONTRATO DE: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | No. | **2026-0269** |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA ADELANTAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973 | | |
| CONTRATISTA | **GONZALEZ GONZALEZ NICOLAS** | CÉDULA O NIT | 1,013,106,979 |
| 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 |
| | 19 | ENERO | 2026 | 18 | SEPTIEMBRE | 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 $ | **$ 16,366,592** | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | $ 0 | $ 0 | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO **81** FECHA 19/01/2026 | NUMERO: _____ FECHA: | NUMERO: _____ FECHA: |
| RUBRO PRESUPUESTAL | O2301174104202400411003 4 | | |
| CONCEPTO DEL RUBRO | Prestación de servicios de apoyo y gestión administrativa e institucional del IDIPRON Bogotá D.C | | |
| VALOR DEL PAGO A AFECTAR $ | $ 2,045,824 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 9,001,626 | **PAC PROGRAMADO PARA:** | JUNIO |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 7,364,966 | **VALOR:** $ | **2,045,824** |
| FACTURAS No. | **N/A** | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN | **TIENE EMPLEADOS A CARGO** ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO | |
| FORMA DE PAGO | **CLÁUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS. MCTE ($2.045.824), 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,045,824 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,045,824** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 03 | Gestión Documental | $ 2,045,824 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| PORVENIR | **280,200** | **COMPENSAR** | **218,900** | **18,300** | **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 **1** del mes de **junio** del año **2026**

| **SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo** | **APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO** |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Marthar Valderrama |
| **NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ** | **NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 11.799.402** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | **CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254** |

| **SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo** | **APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO** |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Marthar Valderrama |
| **NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO** | **NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 17.585.317** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | **CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254** |

| 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: | **PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | No. | **2026-0261** |
| OBJETO CONTRACTUAL | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN LA GERENCIA ADMINISTRATIVA; PARA APOYAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y DE ARCHIVO EN EL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSION 7973. | | |
| CONTRATISTA | **TAMBO VARGAS NICOLAS** | CÉDULA O NIT | 79,925,272 |
| CONTRATISTA CESIONARIO | | CÉDULA O NIT | |

| PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO | | | FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y | | | CÓDIGO ACTIVIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | RUT | RIT |
| | 20 | ENERO | 2026 | 19 | SEPTIEMBRE | 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 $ | **$ 18,124,800** | | |
| IVA TOTAL INCLUIDO | $ 0 | | |
| REGISTRO PRESUPUESTAL | NUMERO **256** 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 $ | $ 2,265,600 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DEL PAGO | 5 | PERIODO DEL PAGO: | MAYO |
| VALOR CONTRATO EJECUTADO $ | 9,893,120 | **PAC PROGRAMADO PARA:** | JUNIO |
| SALDO DEL CONTRATO $ | 8,231,680 | **VALOR:** | **$ 2,265,600** |
| FACTURAS No. | **N/A** | | |
| SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV. | ☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN | **TIENE EMPLEADOS A CARGO** ☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO | |
| FORMA DE PAGO | **CLAUSULA SEXTA - 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: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS. MCTE ($2.265.600)., 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 |
|---|---|---|---|
| PM/0214/0110/41040340041 | Servicios de apoyo para el fortalecimiento Institucional | 100.00% | 2,265,600 |
| **TOTAL** | | **100.0%** | **2,265,600** |

## 4. DISTRIBUCION DEL GASTO

| CENTRO DE COSTO | AUXILIAR | NOMBRE DEL AUXILIAR | VALOR |
|---|---|---|---|
| 2307973-1 | 4102 03 | Gestion Docimental | $ 2,265,600 |

* 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

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

| PENSIÓN | | SALUD | | ARL: (Valor) | TIENE | OTROS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | VALOR | ENTIDAD | VALOR | POSITIVA | DEPENDIENTES | Nombre | Valor |
| COLFONDOS | **280,200** | COMPENSAR | **218,900** | **18,300** | **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 soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C , el día **1** del mes de **junio** del año **2026**

| SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 1 al 10 de Mayo | APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO |
|---|---|
| **FIRMA** | **FIRMA** Matthar Valderrama |
| **NOMBRE: HARLY RAFAEL LEUDO PAZ** | **NOMBRE: MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 11.799.402** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 (E) | **CARGO O No. DE CONTRATO: 2026-0254** |
| **SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO Del 11 al 30 de mayo** | **APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO** |
| **FIRMA** | **FIRMA** Matthar Valderrama |
| **NOMBRE: JOSE EDGAR RUBIO RICO** | **NOMBRE:MARTHA ROCIOVALDERRAMA NEUTA** |
| **C.C.: 17.585.317** **TELF:** 3779997 | **C.C.: 39708343** **TELF:** 3779997 |
| **CARGO:** GERENTE ADMINISTRATIVO CÓDIGO 039 GRADO 01 | **CARGO O No. DE CONTRATO: CPS- 2026-0254** |