

	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.	0724-2026			
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA EN EL COMPONENTE DE EDUCACIÓN PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS PEDAGÓGICOS Y ACADEMICOS DE NNAJ BENEFICIARIOS DEL IDIPRON EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7755							
CONTRATISTA	SANABRIA UMBARILA OSCAR DAVID			CÉDULA O NIT	1.019.103.447			
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	ENERO	2026	26	JULIO	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	\$ 14.000.000			\$ 7.000.000			
IVA TOTAL INCLUIDO							
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2026000663	FECHA	27/01/2026	NUMERO: 20261228 FECHA: 14/05/2026	NUMERO: _____ FECHA: _____	
RUBRO PRESUPUESTAL	O230117410220240037			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.			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	\$			\$ 3.033.334			
NÚMERO DEL PAGO	8 Y ULTIMO			PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL 26 JULIO DE 2026		
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 21.000.000			PAC PROGRAMADO PARA:	AGOSTO		
SALDO DEL CONTRATO	\$ 0			VALOR:	\$ 3.033.334		
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 QUINIENTOS MIL PESOS. MCTE (\$3500000), 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/0214/0102/41020520037	200992920 Servicios de apoyo educativo	95,6%	\$ 2.899.867
PM/0214/0106/41020450037	200992920 Servicios de apoyo educativo	2,7%	\$ 81.900
PM/0214/0107/41020380037	200992920 Servicios de apoyo educativo	1,7%	\$ 51.567
TOTAL		100%	\$ 3.033.334

4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	4760 09	EDUCACION	\$ 3.033.334

* 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 DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)							
PENSIÓN		SALUD		ARL: 37,000	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
PORVENIR	242.800	SALUD TOTAL	189.700	POSITIVA	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 3 del mes de AGOSTO del año 2026

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO		APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRE: OLGA MIREYA QUINCHE GONZALEZ		NOMBRE:	
C.C.: 51963078	TEL: 3779997	C.C.:	TEL:
CARGO: SUBDIRECTOR ADTIVO/FINANCIERO/TECNICO U OPERATIVO, Código 068, Grado 02 , SUBDIRECCION POBLACIONAL		CARGO O No. DE CONTRATO:	