

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Tratado Especial para la Protección de la Salud y los Derechos	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:	PRESTACION DE SERVICIOS				No.		2026-0819	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION CON AUTONOMIA TECNICA Y ADMINISTRATIVA COMO AUXILIAR EN ENFERMERIA EN EL COMPONENTE DE SALUD REALIZANDO ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN A LOS NNAJ EN EL MARCO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN 7755..							
CONTRATISTA	PINZON AGUILAR DIANA CAROLINA				CÉDULA O NIT		1.023.963.255	
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	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	\$		\$ 15.750.000					
IVA TOTAL INCLUIDO								
REGISTRO PRESUPUESTAL	NUMERO	2026000580	FECHA	26/01/2026	NUMERO: _____	NUMERO: _____		
					FECHA: _____	FECHA: _____		
RUBRO PRESUPUESTAL	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.							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	\$		\$ 2.425.000					

NÚMERO DEL PAGO	7 Y ULTIMO		PERIODO DEL PAGO:	DEL 1 AL28 DE JULIO DEL 2026				
VALOR CONTRATO EJECUTADO	\$ 15.750.000		PAC PROGRAMADO PARA:		AGOSTO			
SALDO DEL CONTRATO	\$ 0		VALOR:		\$		2.425.000	
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: DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTE Y CINCO MIL PESOS. MCTE (\$2625000), 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	O232020200993192 Servicios de enfermería	95,60%	2.318.300
PM/0214/0106/41020450037	O232020200993192 Servicios de enfermería	2,70%	65.475
PM/0214/0107/41020380037	O232020200993192 Servicios de enfermería	1,70%	41.225
TOTAL		100,0%	2.425.000

4. DISTRIBUCION DEL GASTO			
CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
2307755-1	4760 06	Salud	\$ 2.425.000

* 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 ; 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: 42-700	TIENE DEPENDIENTES	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR			Nombre	Valor
COLFONDOS	280.200	COMPENSAR	218.900	POSITIVA	Sí:___ No: __X_	N/A	N/A

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.: 51.963.078	TEL: 3779997	C.C.:	TEL:
CARGO: SUBDIRECTORA TECNICA POBLACIONAL CÓDIGO: 068 GRADO: 02		CARGO O No. DE CONTRATO:	