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	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 TERMINACION (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	7	PERIODO DEL PAGO:	JULIO		
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	13,093,274	PAC PROGRAMADO PARA:	AGOSTO		
SALDO DEL CONTRATO $	3,273,318	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 DISMINUCION 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 **3** del mes de **agosto** del año **2026**

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	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.	**2026-0261**	
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	**VARGAS TAMBO NICOLAS**					CÉDULA O NIT	79,925,272	
CONTRATISTA CESIONARIO						CÉDULA O NIT		
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	**FECHA DE INICIO**			**FECHA DE TERMINACION** (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	7	PERIODO DEL PAGO:	JULIO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	**$** 14,424,320	**PAC PROGRAMADO PARA:**	AGOSTO	
SALDO DEL CONTRATO	**$** 3,700,480	**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 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 DISMINUCION 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 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	
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.	**2026-0272**	
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 TERMINACION** (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		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		7		PERIODO DEL PAGO:		JULIO		
VALOR CONTRATO EJECUTADO	**$**	13,971,200		**PAC PROGRAMADO PARA:**		AGOSTO		
SALDO DEL CONTRATO	**$**	4,153,600		**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 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 DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	COLMENA	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 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**		
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.	**2026-0276**	
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 TERMINACION** (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	7	PERIODO DEL PAGO:	JULIO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 13,971,200	**PAC PROGRAMADO PARA:**	AGOSTO	
SALDO DEL CONTRATO	$ 4,153,600	**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 DISMINUCION 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 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
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.	**2026-0275**	
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 TERMINACION** (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	7	PERIODO DEL PAGO:	JULIO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO	**$** 13,820,160	**PAC PROGRAMADO PARA:**	AGOSTO	
SALDO DEL CONTRATO	**$** 6,570,240	**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 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 DISMINUCION DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL: (Valor)	TIENE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	COLMENA	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 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	
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	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 $	$ 2,300,000					

NÚMERO DEL PAGO	7	PERIODO DEL PAGO:	JULIO	
VALOR CONTRATO EJECUTADO $	13,953,333	PAC PROGRAMADO PARA:	AGOSTO	
SALDO DEL CONTRATO $	9,046,667	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 DISMINUCION 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 **3** del mes de **agosto** del año **2026**

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	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**