FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO- (CONTRATISTA)	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
N° Contrato y Fecha	121 DEL 08/08/2022
Nombre del Contratista	**ALBEIRO ENRIQUE MEZA REYES**
N° de identificación	4.979.943
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y/O CORRECTIVO DE LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS UBICADOS ENLOS ESCENARIOS DEPORTIVOS A CARGO DEL INSTITUTO DISTRITAL DE SANTA MARTA PAR LA RECREACION Y EL DEPORTE -INRED.
Valor total del Contrato	$15.000.000
Valor de honorarios período	$5.000.000
N° Pago / N° de informe:	3/3
N° CDP	127
N° CRP	197
Plazo del Contrato	HASTA EL 31 DE OCTUBRE DE 2022
Fecha del Acta de Inicio	08/08/2022
Nombre y cargo del supervisor del contrato	SERGIO CARBONÓ MENDOZA -PROFESIONAL UNIVERSITARIO GRADO 2
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
N° de modificación	**N/A**
Tipo de modificación(adición-prórroga)	**N/A**
Valor adicionado	**N/A**
CDP de la adición	**N/A**
CRP de la adición	**N/A**
Tiempo prorrogado	**N/A**
C. POLIZAS *(SI APLICA)*	
N° de póliza	**N/A**
Nombre de la aseguradora	**N/A**
Fecha de la póliza	**N/A**
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**

D. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** *(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)*
1.	APOYÉ, REPARÉ, QUITÉ E INSTALÉ LAS BOMBAS DE PATINAJE.
2.	APOYÉ, RETIRÉ Y REALICÉ INSTALACIÓN DE TANQUE DE AGUA POTABLE DEL COLISEO MAYOR.
3.	APOYÉ, INSTALÉ REPUESTOS Y MATERIALES PARA LAS BOMBAS DE AGUA POTABLE EN EL COMPLEJO ACUATICO.
E. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	

No DE PLANILLA	9441963855		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	SANITAS	Octubre 27 de 2022	**$250.000**
Pensión	COLPENSIONES	Octubre 27 de 2022	**$320.000**
Riesgos laborales	POSITIVA	Octubre 27 de 2022	**$20.900**

F. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que, a la fecha, he cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.
2. Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, sean Descontados por la Secretaría de Hacienda Departamental.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.

G. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)







FIRMA CONTRATISTA	
No. Identificación	Cedula de CC.4.979.943