INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA DEPORTE Y TURISMO DEL CAQUETA
PROCESO GESTION FINANCIERA (Anexo 2.)
Certificación cumplimiento por prestación de Servicios o Ejecucion de Contratos

1. DATOS GENERALES

CUENTA DE COBRO 003

CONTRATO No. _098 -23_ **CONVENIO N°** ____ Del 24/10/2023

PLAZO DE EJECUCIÓN DESDE: 25/10/2023 HASTA: 30/12/2023

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: YEISSON HAWER VELASCO GUARNIZO_

No. Documento de identificación: _1.119.217.149 Régimen: SIMPLIFICADO__

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: 28349573 Pago ARL_SI_ Nivel ARL (Nivel de riesgo) _1_

Consignar a la Cuenta: 24054192337 Del Banco: _BANCO CAJA SOCIAL Tipo de Cuenta: AHORROS

Pago No.: _03 / 03 Declarante de Renta: ___SI___ Pensionado: _NO___

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

VALORES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$	15.600.000,00
VALOR ADICIONES	$	-
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$	5.200.000,00
PAGOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	$	15.600.000,00
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$	-

Nro. Compromiso Presupuestal a afectar: 655 **Nro de Doc Soporte: 429**

Identificador Presupuestal	Recurso	Valor a Pagar
2120202009	**20**	**5.200.000,00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL		
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$	260.000,00
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	$	332.800,00
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	$	
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	$	
APORTE ARL (*):	$	10.900,00

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% del pago mensuales; en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Como Contratista del ICDT Caquetá y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato (X) Convenio ( ) 098 del 2023.

Firma del Contratista: __ _____
C.C No.: 1.119.217.149 de Florencia

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato (X) Convenio ( ) N° _098 -23_, arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el informe de Supervisión (Anexo 1), razón por la cual autorizo el pago por valor de CINCO MILONES DOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. $ (5.200.000, oo), correspondiente al producto de diciembre de 2023.

Nombre: JHON JAMES VILLANUVA BUSTOS

CC. N° 16.189.964 Expedida en Florencia Caquetá.

Cargo: DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA, DEPORTE Y TURISMO DEL CAQUETÁ

Firma:_____

ANEXOS.
Fotocopia de los aportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del contrato