CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 04 de 7 CONTRATO No. 0109 de 2024	
Nombre del(la) supervisor(a)	**FREDDY ERNESTO ESPINOSA CACERES**
Cargo Supervisor(a)	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA SUBGERENTE TÉCNICO
Informe Parcial_X____	**Informe Final___**
Período del Informe	**01/08/2024 A 30/08/2024**
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratista	**LADY GERALDINE NAVARRO HERRERA**
Identificación del Contratista (C.C. / NIT)	**1073161050**
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO GESTOR PROVINCIAL DE APOYO, ASISTENCIA TÉCNICA, LOGÍSTICA EN LA PROMOCIÓN, DIVULGACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE TRABAJO EN EL SECTOR DEL DEPORTE ESCOLAR, A FIN DE GARANTIZAR LO ESTABLECIDO EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL, PARA EL CUMPLIMIENTODELASMETAS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA
Fecha de Suscripción del Contrato	**24/05/2024**
Fecha de Inicio del Contrato (Acta de Inicio)	**27/05/2024**
Valor del Contrato	VEINTICINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL PESOS ($25.840.000) M/CTE
Plazo de Ejecución	SEIS (06) MESES Y VEINTICUATRO (24) DÍAS

Observaciones del supervisora:

En calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de servicios No. 0109 y teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades contenidas durante el periodo comprendido entre 01/08/2024 y el 30/08/2024, las evidencias presentadas por la contratista en el informe de gestión contractual No. 04, certifico el cumplimiento y autorizo el Giro por TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 3,800.000.00) a la cuenta de ahorros No 055045610005967 8 del Banco Davivienda.

De igual manera dejo manifiesto que el pago de aportes al sistema de seguridad social se efectúa bajo la responsabilidad exclusiva del contratista de conformidad con el artículo 3.2.7.4 del decreto 1273 de 2018, no obstante, lo anterior, se efectuó la revisión de los aportes relacionados en la planilla allegada por el contratista, verificando que el valor cancelado se encuentra acorde a los honorarios devengados en el respectivo mes

Finalmente, certifico que el contratista dio cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes de salud, pensión y ARL, así:

PERIODO	IBC	SALUD	PENSION	ARL	PLANILLA
ABRIL	1,300,000	$162,500	$208,000	$31.700	1064057562
MAYO	1.520.000	$190.000	$243.200	$37.100	1064058395
JUNIO	1.520.000	$190.000	$243.200	$37.100	1065391679
JULIO	1.520.000	$190.000	$243.200	$37.100	1065466388
TOTAL	N/A	$ 732.000	$937.600	$ 143.000	N/A

ESTADO FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO			($25.840.000).00
CONCEPTO	**PERIODO**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR EJECUTAR**
Pago 01	27/05/2024 a 30/05/2024	$506. 667.00	$ 25.333,333
PAGO 02	01/06/2024 A 30/06/2024	$3,800,000	$21.533.333
PAGO 03	01/07/2024 A 30/07/2024	$3,800,000	$17.733.333
PAGO 04	01/08/2024 A 30/08/2024	$3,800,000	$13.933.333

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR

El supervisor(a) certifica que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el periodo informado.

Revisado y Aprobado para pago:	**SI**	**X**	**NO**	

FREDDY ERNESTO ESPINOSA CACERES
SUPERVISOR SUBGERENTE TECNICO

REVISO: JOSE ALEJANDRO CASAS PEREZ