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

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 05 de 07 CONTRATO No. 0228 de 2024	
Nombre del(la) supervisor(a)	**FREDDY ERNESTO ESPINOSA CACERES**
Cargo Supervisor(a)	PROFESIONAL UNIVERSITARIO
Informe Parcial_X____	**Informe Final____**
Período del Informe	**01/10/2024 A 30/10/2024**
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratista	**ANDRES FELIPE LOPEZ RINCON**
Identificación del Contratista (C.C. / NIT)	**1.070.603.494**
Objeto del Contrato	**PRESTACION 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 CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA**
Fecha de Suscripción del Contrato	**19/06/2024**
Fecha de Inicio del Contrato (Acta de Inicio)	**19/06/2024**
Valor del Contrato	**VEINTITRÉS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($ 23.733.333.00)**
Plazo de Ejecución	**Cinco (05) meses y veintiocho (28) días**

Observaciones del supervisor:

En calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de servicios No. 0228 y teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades contenidas durante el periodo comprendido entre 01/10/2024 y el 30/10/2024, las evidencias presentadas por la contratista en el informe de gestión contractual No. 05; certifico el cumplimiento y autorizo el Giro por CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE ($ 4.000.000.00) a la cuenta de ahorros No. **359670007970 cuenta de ahorros** 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
JUNIO	$640,000	$80,000	$102,400	$15,600	9471242745
JULIO	$1,600,000	$200,000	$256,000	$39,000	9472573015
AGOSTO	$1,600,000	$200,000	$256,000	$39,000	9472546176
SEPTIEMBRE	$1,600,000	$200,000	$256,000	$39,000	

ESTADO FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO			$ 23.733.333.00
CONCEPTO	**PERIODO**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR EJECUTAR**
Pago 01	19/07/2024 a 30/07/2024	$ 1.600.000.00	$ 22.133.333.00
Pago 02	01/07/2024 a 30/07/2024	$ 4.000.000.00	$ 18.133.333.00
Pago 03	01/08/2024 a 30/08/2024	$ 4.000.000.00	$14.133.333.00

Pago 04	01/09/2024 a 30/09/2024	$ 4.000.000.00	$10.133.333.00
Pago 05	01/10/2024 a 30/10/2024	$ 4.000.000.00	$6.133.333.00

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
SUPERVISOR

REVISO: JOSE ALEJANDRO CASAS PEREZ