| ISER | CERTIFICADO DE SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO | Código: F-GCT-08 |
|---|---|---|
| | | Versión: 02 |
| | FORMATO | Fecha: 01/08/2024 |
| | | Página: 1 de 3 |

# CONTRATO DE SUMINISTRO N° CMC-CS-008-2024

| FECHA DE PRESENTACIÓN | 30/10/2024 | No. CONSECUTIVO DEL CERTIFICADO | 4 |
|---|---|---|---|

| 1. GENERALIDADES DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONTRATO No. | CMC-CS-008-2024 |
| TIPO DE CONTRATO | CONTRATO DE SUMINISTRO |
| CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL | LUIS ROBERTO GAMBOA GELVEZ |
| C.C. Y/O NIT | C.C 5´478.138 |
| REGIMEN TRIBUTARIO (Común, simplificado y especial) | Responsable de IVA |
| OBJETO DEL CONTRATO | SUMINISTRO A MONTO AGOTABLE DE ALIMENTOS, DECORACIÓN, PREMIOS, RECONOCIMIENTOS, LOGISTICA EN GENERAL Y DEMÁS ELEMENTOS NECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES INSTITUCIONALES PROGRAMDAS POR EL INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN RURAL ISER DE PAMPLONA. |
| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) | N° 05-17-001 de fecha 17 de mayo de 2024 |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y/O ACEPTACIÓN DE LA OFERTA | 04 de junio de 2024 |
| FECHA ACTA DE INICIO DEL CONTRATO Y/O ACEPTACIÓN DE LA OFERTA | 05 de junio de 2024 |
| PLAZO O DURACIÓN | Hasta el veintrés (23) de diciembre de 2024 |
| REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) | N°06-05-001 de fecha 05 de junio de 2024 |
| VALOR DEL CONTRATO INICIAL | $ 36.400.000<br>(Treinta y seis millones cuatrocientos mil pesos) |
| FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y/ ACEPTACIÓN DE LA OFERTA | 23 de diciembre de 2024 |
| ACTAS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO Y/ ACEPTACIÓN DE LA OFERTA (Si hay lugar a ello) | No aplica |
| ACTAS DE REINICIO DEL CONTRATO Y/ ACEPTACIÓN DE LA OFERTA (Si hay lugar a ello) | No aplica |
| MODIFICATORIOS O ADICIONALES DEL CONTRATO Y/O ACEPTACIÓN DE LA OFERTA (si hay lugar a ello y especificando si se trata de tiempo, dinero o ambos) | No aplica |
| CDP DEL MODIFICATORIO O ADICIONAL (Si hay lugar a ello) | No aplica |

Powered by CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RP DEL MODIFICATORIO O ADICIONAL** (Si hay lugar a ello) | No aplica | | |
| **VALOR TOTAL DE CONTRATO** | $ 4.814.000<br>(Cuatro millones ochocientos mil pesos) | | |
| **FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO** (Incluyendo modificaciones en tiempo de adicionaleso modificatorios) | No aplica | | |
| **GARANTIAS** (Si hay lugar a ello) | Numero de póliza: n°460-4794000075146<br>Entidad aseguradora: Aseguradora Solidaria de Colombia<br>De fecha 31 de mayo de 2024 | | |
| **NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR** (Acto administrativo y fecha de designación) | JUDITH LORENA BAUTISTA<br>C.C 60.263.211<br>Resolucion 679 del 11 de septiembre | | |
| **PAGOS REALIZADOS** (Comprobantes de pagos) | **Comprobante No.** | **Fecha** | **Valor** |
| | 07/03/2024 | 07/03/2024 | $ 9.083.500 |
| | 15/07/2024 | 15/07/2024 | $ 16.138.000 |

Que actuando como supervisor del presente CMC-CS-008-2024, certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado.

Que LUIS ROBERTO GAMBOA GELVEZ, hizo entrega del informe de actividades parcial relacionado con el cumplimiento del objeto contractual durante el período comprendido del día 02 de septiembre al 15 de octubre del mes del año 2024, el cual consta de cuatro (4) folios.
valor por reconocer y pagar es la suma de $ 4.814.000 (CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CATORCE MIL PESOS) correspondiente al pago No.4, según factura de venta No. FE-1240.

**CERTIFICO,** Que como supervisor del presente contrato verifique el pago al sistema de seguridad social y parafiscal certificados por contador presentadas por el contratista detallado a continuación presentadas por el contratista detallado a continuación:

| | **Periodo de Cotización Mes(septiembre)** | **Periodo de Cotización Mes(octubre)** |
|---|---|---|
| Entidad liquidadora de aportes a seguridadsocial y parafiscales | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Administradora de fondo de pensiones (AFP) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Total pagado a la AFP (incluida mora si dierelugar) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Entidad Prestadora de Salud (EPS) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Total pagado a la EPS (incluido mora si dierelugar) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Administradora de riesgos laborales (ARL) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Total pagado a la ARL (incluido mora si dierelugar) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Parafiscales: (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar) (si diere lugar) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Valor total de Parafiscales (incluida mora sidiere lugar) | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Valor total pagado de la Planilla | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| No. de Planilla | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| PIN y/o Referencia de Pago | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Entidad financiera Recaudadora | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Fecha de pago | Se anexa certificado decontador | Se anexa certficado de contador. |
| Estampilla Pro ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz | Autorizo el descuento en el momento del pago | Autorizo el descuento en el momento del pago |
| Porcentaje | 2% | 2% |
| Valor de la Estampilla Pro ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz | Autorizo el descuento en el momento del pago | Autorizo el descuento en el momento del pago |

Firman la presente,

**CONTRATISTA**
**LUIS ROBERTO GAMBOA GELVEZ**
**C.C 5.478.138**

**SUPERVISORA**
**JUDITH LORENA BAUTISTA**
**C.C 60.263.211**

Powered by CamScanner