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

INFORME DE SUPERVISIÓN No. 05 de 06 CONTRATO No. 0347 de 2024	
Nombre del(la) supervisor(a)	**JOSE LUIS PRADO HERNANDEZ**
Cargo Supervisor(a)	**TÉCNICO OPERATIVO**
Informe Parcial__X___	**Informe Final:**
Período del Informe	**01/11/2024 A 30/11/2024**
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratista	**CESAR FABRIANY TELLEZ SEGURA**
Identificación del Contratista (C.C. / NIT)	**1.070.967.143**
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA FORTALECER EL PROGRAMA DE DEPORTE SOCIAL COMUNITARIO, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y ELDEPORTE DE CUNDINAMARCA**
Fecha de Suscripción del Contrato	**09/03/2024**
Fecha de Inicio del Contrato (Acta de Inicio)	**09/07/2024**
Valor del Contrato	**DIECISEIS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($ 16.200.000.)**
Plazo de Ejecución	**CINCO (05) MESES Y DOCE (12) DIAS**

Observaciones del supervisora:

En calidad de Supervisor del Contrato de Prestación de servicios **No.0347**y teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades contenidas durante el periodo comprendido entre **01/11/2024 y el 30/11/2024**, las evidencias presentadas por la contratista en el informe de gestión contractual **No.05**; certifico el cumplimiento y autorizo el Giro por **TRES MILLONES DE PESOS MCTE ($ 3.000.000.00)** a la cuenta de ahorros No.**0570457970023364 DAVIVIENDA**.
De igual manera dejomanifiesto 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	Pensión	ARL	Planilla
JUNIO	$ 1.300.000	162.500	208.000	31.700	30179935
JULIO	$ 1.300.000	162.500	208.000	31.700	30825586
AGOSTO	$ 1.300.000	162.500	208.000	31.700	30825589
SEPTIEMBRE	$ 1.300.000	162.500	208.000	31.700	31133924
OCTUBRE	$ 1.300.000	162.500	208.000	31.700	31457442
Totales		$ 812.500	$ 1.040.000	$ 158.500	**N/A**

ESTADO FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO			$ 16.200.000
CONCEPTO	**PERIODO**	**VALOR A PAGAR**	**SALDO POR EJECUTAR**
Pago 01	09/07/2024 a 30/07/2024	$2.200.000	$ 14.000.000
Pago 02	01/08/2024 a 30/08/2024	$ 3.000.000	$ 11.000.000
Pago 03	01/09/2024 a 30/09/2024	$ 3.000.000	$ 8.000.000
Pago 04	01/10/2024 a 30/10/2024	$ 3.000.000	$ 5.000.000
Pago 05	01/11/2024 a 30/11/2024	$ 3.000.000	$ 2.000.000

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**	



JOSE LUIS PRADO HERNANDEZ
SUPERVISOR
C.C. 1.073.505.946