Alcaldía de Angelópolis	**CERTIFICADO CUMPLIDO PARA PAGO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	01 DE MARZO DE 2025

INFORMACION BENEFICIARIO DE PAGO

NOMBRE BENEFICIARIO DE PAGO	HAROLD LOZANO MONTAÑO
NIT.O CC:	1015278475

INFORMACION CONTRACTUAL

NUMERO CONTRATO	CPS-022-2025		
OBJETO DEL CONTRATO	APOYO A LA SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL, EN LA GESTIÓN COMO COORDINADOR DEPORTIVO Y RECREATIVO DEL AREA URBANA Y RURAL EN EL MUNICIPIO DE ANGELÓPOLIS		
FECHA SUSCRIPCION DEL CONTRATO	31 DE ENERO DE 2025	**FECHA TERMINACION DEL CONTRATO**	30 DE SEPTIEMBRE DE 2025
Nº POLIZA CUMPLIMIENTO	595-47-994000002910	**FECHA APROBACION POLIZA**	31 DE ENERO DE 2025
FECHA INICIAL CUBRIMIENTO ARL	31 DE ENERO DE 2025		

Nº CDP	Nº00022	**FECHA DE COMPROMISO**	15/01/2025	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**	$ 24.000.000,00
Nº RP	Nº00036	**FECHA DE REGISTRO**	31/01/2025	**ADICIONES**	$ -
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 24.000.000,00
				VALOR EJECUTADO	$ 3.000.000
				VALOR POR EJECUTAR	$ 21.000.000,00

INFORMACIÓN PARA PAGO

PAGO Nº	**PERIODO QUE CERTIFICA**	**VALOR NETO**	$ 3.000.000,00
1 DE 8	DESDE EL31 DE ENERO AL 28 DE FEBRERO DE 2025	VALOR IVA	

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

MES APORTE PLANILLA SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	ENERO	**TOPE MINIMO**		
		IBC	$	1.423.500
Nº DE PLANILLA	75328802	**SALUD OBLIGATORIA (12.5%)**	$	178.000
		PENSION OBLIGATORIA (16%)	$	227.800
ES PENSIONADO SI /NO	NO	**ARL Nº RIESGO**	$	14.900
		FONDO SOLIDARIO	$	
		TOTAL APORTES	$	420.700,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Nº CUENTA BANCARIA	617-497562-67
TIPO DE CUENTA	AHORROS
ENTIDAD BANCARIA	BANCOLOMBIA

VISTO BUENO DEL SUPERVISOR

En calidad de supervisor, certifico que he verificado el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones que emanan del contrato, a traves de la elaboración de los informes de supervisión, la acreditación del pago de obligaciones con el sistema de seguridad social integral y las cifras y los valores correspondientes al periodo certificado para el reconocimiento del pago que por este instrumento se acredita.



FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO

NOMBRE : LEIDY MELISSA SERNA RAMIREZ

CARGO: SECRETARIA

DEPENDENCIA: SECRETARÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL