| IDRM | CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO | Alcaldía Municipal de MADRID Cundinamarca |
|---|---|---|

| GA-F-031 | VERSION:001 | FECHA DE EMISIÓN 09 DE MAYO DE 2024 |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO No.** | C.INTERAD-001-2025 | | |
| **PERIODO DEL INFORME Y DE LA CERTIFICACIÓN :** | **DESDE: 05/06/2025** **HASTA: 04/07/2025** | **No. DE PAGO:** | 1 |
| **NOMBRE O RAZON SOCIAL:** | **INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DEL MUNICIPIO DE FACATATIVA** | **C.C. / NIT** | **800215793-8** |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | ALQUILER DE ESCENARIO DEPORTIVO PARA REALIZAR LA PRACTICA DEPORTIVA DE BOLOS DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE MADRID | **PLAZO DE EJECUCION:** | SEIS(6) MESES O HASTA AGOTAR PRESUPUESTO |
| | | **FECHA DE INICIO:** | 5/06/2025 |
| | | **FECHA DE TERMINACIÓN** | 4/12/2025 |
| | | **VALOR TOTAL CONTRATO:** | $ 40.920.000,00 |
| | | **VALOR PRESENTE PERIODO:** | $ 6.820.000,00 |
| **CDP N°** | 2025000223 | **VALOR CDP:** | $ 40.920.000,00 |
| **REGISTO PPTAL N°** | 2025000245 | **VALOR REGISTO PPTAL :** | $ 40.920.000,00 |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR A CARGO:** | GONZALO DE JESUS AMAYA FUENTES | **CARGO:** | DIRECTOR GENERAL |

**SEGURIDAD SOCIAL**

| CONCEPTO | ENTIDAD | PERIODO | VALOR | FECHA DE PAGO | | | No PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALUD | COMPENSAR | JULIO | $ 8.665.400 | 17 | 7 | 2025 | 9488987829 |
| | EPS SURA | | | | | | |
| | FAMISANAR | | | | | | |
| | NUEVA EPS | | | | | | |
| | SALUD TOTAL | | | | | | |
| PENSIÓN | COLFONDOS | JUNIO | $ 11.567.000 | | | | |
| | COLPENSIONES | | | | | | |
| | PROTECCION | | | | | | |
| ARL | POSITIVA | JULIO | $ 674.700 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CUENTA DE COBRO** | SI | X | **DATOS DE LA FACTURA** | SI | NO X |

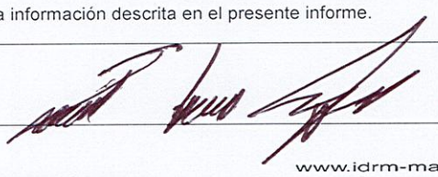
| | | |
|---|---|---|
| **EL INSTITUTO MUNICIPAL PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE MADRID CUNDINAMARCA NIT. 800.222.095-4 DEBE A: INSTITUTO DE DEPORTES Y RECREACIÓN DEL MUNICIPIO DE FACATATIVA** | **No. DE FACTURA:** | |
| | **RESOLUCIÓN DIAN:** | |
| **Por concepto de prestación de Servicios, arriba relacionados, la suma de: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE.** | **FECHA:** | |
| $ 6.820.000,00 | **VALOR:** | |

**CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del Contrato de arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, durante el periodo relacionado.

Que de igual forma, el contratista ha acreditado y aportado el pago de los aportes a la seguridad social Integral y parafiscal en los montos y plazos establecidos verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, artículo 23 de la ley 1150 y artículo 135 de la ley 1753 de 2015.

En razón a ello, autorizo el pago conforme a la información descrita en el presente informe.

| | |
|---|---|
| **FIRMA DEL SUPERVISOR** |  |