	CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	Código: PI-F-016

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: 05/10/2025** **HASTA: 04/11/2025**	**No. DE PAGO:**	5
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:	05/06/2025
		FECHA DE TERMINACIÓN	04/12/2025
		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:**	GERENTE GENERAL

SEGURIDAD SOCIAL

CONCEPTO	ENTIDAD	PERIODO	VALOR	FECHA DE PAGO			No PLANILLA
SALUD	COMPENSAR EPS SURA FAMISANAR NUEVA EPS SALUD TOTAL	OCTUBRE	$ 5,690,300	1	10	2025	9492795270
PENSIÓN	COLFONDOS COLPENSIONES PROTECCION	SEPTIEMBRE	$ 7,510,200				
ARL	POSITIVA	OCTUBRE	$ 467,500				
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	