CONTRATO CMC PS 014 DE 2025 CELEBRADO ENTRE EL INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN RURAL Y CLARYICON S.A.S.

FECHA DE PRESENTACIÓN	26 de diciembre del 2025	**No. CONSECUTIVO DEL CERTIFICADO**	1

1. GENERALIDADES DEL CONTRATO	
CONTRATO No.	**CMC PS 014 DE 2025**
TIPO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIO
CONTRATISTA Y/O REPRESENTANTE LEGAL	Nombre: RYO COMUNICACIONES SAS Tipo de documento: NIT Número de documento: 900578528 Representante Legal/Persona: CRISTIANJOSUE ARIAS VANEGAS Identificación: 1064839186
C.C. Y/O NIT	900578528
REGIMEN TRIBUTARIO (Común, simplificado yespecial)	Responsable de IVA
OBJETO DEL CONTRATO	ADQUIRIR EL SERVICIO DEL CANAL DE ACCESO A INTERNET DEDICADO PARA EL INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCACIÓN RURAL ISER Y EL CENTRO TUTORIAL CÚCUTA.
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDA DPRESUPUESTAL (CDP)	11 11-002 del 2025
FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO Y/OACEPTACIÓN DE LA OFERTA	9 de diciembre del 2025
FECHA ACTA DE INICIO DEL CONTRATO Y/OACEPTACIÒN DE LA OFERTA	10 de diciembre del 2025
PLAZO O DURACIÓN	SERÁ DE HASTA TREINTA Y UNO (31) DE DICIEMBRE DE 2025
REGISTRO PRESUPUESTAL (RP)	12 10 001 del 2025
VALOR DEL CONTRATO INICIAL	DIEZ MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 10.392.650)
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO Y/ACEPTACIÒN DE LA OFERTA	(31) DE DICIEMBRE DE 2025
ACTAS DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO Y/ ACEPTACIÒN DE LA OFERTA (Si hay lugar a ello)	N/A
ACTAS DE REINICIO DEL CONTRATO Y/ ACEPTACIÒN DE LA OFERTA (Si hay lugar a ello)	N/A

MODIFICATORIOS O ADICIONALES DEL CONTRATO Y/O ACEPTACIÒN DE LA OFERTA (si hay lugar a ello y especificando si se trata de tiempo, dinero o ambos)	N/A		
CDP DEL MODIFICATORIO O ADICIONAL (Si hay lugar a ello)	N.A		
RP DEL MODIFICATORIO O ADICIONAL (Si hay lugar a ello)	N.A		
VALOR TOTAL DE CONTRATO	DIEZ MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 10.392.650)		
FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO (Incluyendo modificaciones en tiempo de adicionales o modificatorios)	(31) DE DICIEMBRE DE 2025		
GARANTIAS (Si hay lugar a ello)	56-44-101011905		
NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR (Acto administrativo y fecha de designación)	JOSE DARIO GUERRERO SILVA Pu.GTIC Resolución 1097 del 09 diciembre del 2025		
PAGOS REALIZADOS (Comprobantes de pagos)	**Comprobante No.**	**Fecha**	**Valor**

Que actuando como supervisor del presente **CMC PS 014 DE 2025,** certifico que se ha cumplido con las funciones de verificación, vigilancia y control frente al concepto del pago solicitado.

Que Nombre: RYO COMUNICACIONES SAS, NIT Número: 900578528, Representante Legal CRISTIAN JOSUE ARIAS VANEGAS Identificación: 1064839186, hizo entrega del informe de actividades **TOTAL** relacionado con el cumplimiento del objeto contractual durante el período comprendido del día 10 DE DICIEMBRE DE 2025 al 31 DE DICIEMBRE DEL2025 el cual consta de (11) folios.

El valor por reconocer y pagar es la suma de DIEZ MILLONES TRECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA PESOS ($ 10.392.650) correspondientes al pago No. **1**, según factura de venta RC 44743 del 15 de diciembre del 2025.

CERTIFICO, Que como supervisor del presente contrato verifique el pago al sistema de seguridad social y parafiscal de los meses de noviembre y diciembre del 2025 presentada por el contratista detallado a continuación:

	Periodo de Cotización Mes (noviembre)	**Periodo de Cotización Mes (diciembre)**
Entidad liquidadora de aportes a seguridad social y parafiscales	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador

Administradora de fondo de pensiones (AFP)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Total pagado a la AFP (incluida mora si diere lugar)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Entidad Prestadora de Salud (EPS)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Total pagado a la EPS (incluido mora si diere lugar)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Administradora de riesgos laborales (ARL)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Total pagado a la ARL (incluido mora si diere lugar)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Parafiscales: (SENA, ICBF y Caja de Compensación Familiar) (si diere lugar)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Valor total de Parafiscales (incluida mora si diere lugar)	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Valor total pagado de la Planilla	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
No. de Planilla	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
PIN y/o Referencia de Pago	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Entidad financiera Recaudadora	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Fecha de pago	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Estampilla Pro ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	Anexa certificación del contador	Anexa certificación del contador
Porcentaje	Se autoriza descuento en el pago.	Se autoriza descuento en el pago.
Valor de la Estampilla Pro ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz	2 %	2 %

Firman la presente,

José Darío Guerrero Silva
APROBACION INFORME SUPERVISOR

Cristian Arias V
CONTRATISTA