INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA, DEPORTE Y RECREACIÓN DEL CAQUETA

PROCESO GESTION FINANCIERA (Anexo 2)

Certificación de Cumplimiento por prestación de Servicios o Ejecución de Contratos

1. DATOS PERSONALES: **CUENTA DE COBRO:** 1

CONTRATO No. **025-26** CONVENIO No. _____ del **27/01/2026**

PLAZO DE EJECUCION DESDE **05/02/2026** HASTA **30/11/2026**

NOMBRE Y APELLIDOS CONTRATISTA: **ALEXANDER VAQUIRO PLAZAS**

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION **16.187.209** REGIMEN **SIMPLIFICADO**

No. DE APROBACIÓN DE PLANILLA APORTES SALUD Y PENSION: ***4644059411-FEBRERO***

PAGO ARL **SI** NIVEL ARL (Nivel de Riesgo) **3**

CONSIGNAR A LA CUENTA: **24081009848** DEL BANCO **BANCO CAJA SOCIAL** TIPO DE CUENTA **AHORRO**

PAGO No.: **01/10** DECLARANTE DE RENTA: **NO** PENSIONADO: **NO**

2. INFORMACIÓN FINANCIERA:

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 30.000.000,00**
VALOR ADICIONES	**$ -**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.000.000,00**
PAGOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	**$ 3.000.000,00**
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	**$ 27.000.000,00**

IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DOCUMENTO SOPORTE	VALOR A PAGAR
2.3.2.02.02.009	**DSE - 1118**	**$ 3.000.000,00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	**4644059411 febrero**
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	**$ 218.900,00**
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	**$ 280.200,00**
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	
APORTE ARL (*):	**$ 42.700,00**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% del pago mensuales; en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA, DEPORTE Y RECREACIÓN DEL CAQUETA
PROCESO GESTION FINANCIERA (Anexo 2)
Certificación de Cumplimiento por prestación de Servicios o Ejecución de Contratos

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Como Contratista del ICDR Caquetá y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social *corresponden a los ingresos provenientes del Contrato (X) Convenio ( ) 025-26 Primer producto*

FIRMA DEL CONTRATISTA: _____

No. CEDULA CIUDADANIA: 16.187.209 Florencia

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato (**X**) Convenio ( ) N° **025 -26**, 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 informe de Supervisión (Anexo 1), razón por la cual autorizo el pago por valor de TRES MILLONES DE PESOS **($ 3,000,000,oo)**, MCT correspondiente al periodo del 1 del 05 al 28 de ferero de 2026 correspondiente al primer producto.

NOMBRE SUPERVISOR: **BELLANED VILLANUEVA ORTIZ**

No. CEDULA CIUDADANIA: **40.777.707**

CARGO: **COORDINADOR DE DEPORTE SOCIAL Y COMUNITARIO**

FIRMA: _____

ANEXOS:

Fotocopia de los soportes obligatorios a salud y pensión del periodo, según las obligaciones del Contrato.