CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO No. 06 DE 11 CPS-078-2026	
Nombre del(la) supervisor(a)	FLOR ANGELA GARZÓN SANCHEZ
Cargo Supervisor(a)	TÉCNICO OPERATIVO
Informe Parcial__X__	Informe Final ____
Período del Informe	01/06/2026 A 30/06/2026
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contratista	**JHAIR ESTEBAN GONZALEZ PEÑA**
Identificación del Contratista (C.C. / NIT)	1.069.74.2713
Objeto del Contrato	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PROMOTOR DE LOS CENTROS DE INTERES DEL DEPORTE, ACTIVIDAD FÍSICA Y LA RECREACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL INSTITUTO DEPARTAMNETAL PARA LA RECREACIÓ Y EL DEPORTE**
Fecha de Suscripción del Contrato	**11/01/2026**
Fecha de Inicio del Contrato (Acta de Inicio)	**13/01/2026**
Valor del Contrato. LETRAS (Número)	**TREINTE Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($37.450.000) M/CTE**
Plazo de Ejecución Inicial	**Diez (10) meses**
Valor Adición del Contrato	
Valor Total del Contrato	**TREINTE Y SIETE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($37.450.000) M/CTE**
Prorroga	
Plazo de ejecución final	**Diez (10) meses**

Observaciones del supervisor:

En calidad de Supervisor (a) del Contrato de Prestación de servicios **No. 078-2026** y teniendo en cuenta el desarrollo de las actividades contenidas durante el periodo comprendido entre **01/06/2026 y el 30/06/2026**, las evidencias presentadas por el contratista en el (la) informe de gestión contractual **No. 06;** certifico el cumplimiento y autorizamos el Giro por **TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($3.745.000) M/CTE** a la cuenta de **ahorros No. 0550488416491568 de (Davivienda).**

De igual manera dejo manifiesto que, de conformidad con el artículo 3.2.7.4 del Decreto 1273 de 2018, se efectuó la verificación correspondiente frente al pago de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista, como quiera que es de su responsabilidad exclusiva Para lo cual, se efectuó la revisión de los aportes relacionados en la planilla allegada por el contratista, verificando que el valor cancelado se encuentra acorde a los honorarios devengados en el respectivo mes Finalmente, certifico que el contratista dio cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y cumplió con los aportes de salud, pensión y ARL, así:

PERIODO	IBC	SALUD	PENSION	ARL	PLANILLA
ENERO	$1.050.543	$131.400	$168.100	$25.600	46140101
FEBRERO	$1.750.905	$218.900	$280.200	$42.700	60727773
MARZO	$1.750.905	$218.900	$280.200	$42.700	71381469

ABRIL	$1.750.905	$218.900	$280.200	$42.700	81498351
MAYO	$1.750.905	$218.900	$280.200	$42.700	90723374
JUNIO	$1.750.905	$218.900	$280.200	$42.700	93232303
TOTAL	**$9.805.068**	**$1.225.900**	**$1.569.100**	**$239.100**	

ESTADO FINANCIERO

VALOR DEL CONTRATO	**$ 37.450.000**
VALOR ADICION	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 37.450.000

CONCEPTO	PERIODO	VALOR PARA PAGAR	SALDO POR EJECUTAR
Pago 01	13/01/2026 a 31/01/2026	$2.247.000	$ 35.203.000
Pago 02	01/02/2026 a 28/02/2026	$3.745.000	$ 31.458.000
Pago 03	01/03/2026 a 31/03/2026	$3.745.000	$ 27.713.000
Pago 04	01/04/2026 a 30/04/2026	$3.745.000	$ 23.968.000
Pago 05	01/05/2026 a 31/05/2026	$3.745.000	$ 20.223.000
Pago 06	**01/06/2026 a 30/06/2026**	**$3.745.000**	**$ 16.478.000**

DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR(A)

El supervisor(a) certifica que el (la) contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con las obligaciones establecidas en el periodo informado.

Revisado y Aprobado para pago:	**SI**	**X**	**NO**	

FLOR ANGELA GARZÓN SANCHEZ
SUPERVISORA
C.C No. 39.739.344