INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE CULTURA, DEPORTE Y RECREACION DEL CAQUETA

PROCESO GESTION FINANCIERA (Anexo 2)

Certificación de Cumplimiento por prestación de Servicios o Ejecución de Contratos

1. DATOS PERSONALES:

CUENTA DE COBRO: **DSE-1344**

CONTRATO No. **059-26** CONVENIO No. _____ del **12/08/2026**

PLAZO DE EJECUCION DESDE **13/08/2026** HASTA **30/11/2026**

NOMBRE Y APELLIDOS CONTRATISTA: **ROMEL MOLINA ALMARIO**

No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION 17.652.247 REGIMEN **SIMPLIFICADO**

No. DE APROBACIÓN DE PLANILLA APORTES SALUD Y PENSION: **4664595180**

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

CONSIGNAR A LA CUENTA: **3235154174** DEL BANCO **NEQUI** TIPO DE CUENTA NEQUI

PAGO No.: **2/4** DECLARANTE DE RENTA: **NO** PENSIONADO: ____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA:

VALORES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 13.200.000
VALOR ADICIONES OTROSI #01	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 3.300.000
PAGOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO	$ 6.600.000
SALDO PENDIENTE POR PAGAR	$ 6.600.000

IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DOCUMENTO SOPORTE	VALOR A PAGAR
2.3.2.02.02.009	**DSE-1344**	**$ 3.300.000,00**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	**SEPTIEMBRE-4664595180**
APORTES OBLIGATORIOS EN SALUD(*):	$ 218.900
APORTES OBLIGATORIOS EN PENSIÓN (*)	$ 280.200
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL (*):	
APORTE VOLUNTARIO AFC (*):	
APORTE ARL (*):	$ 42.700

(*) 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 RECREACION 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 ( ) 059 del 2026.

FIRMA DEL CONTRATISTA: **ROMEL MOLINA ALMARIO**

No. CEDULA CIUDADANIA: 17652247 DE FLORENCIA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato (X) Convenio ( ) N° 059-26, 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 2), razón por la cual autorizo el pago por valor de TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE. $ (3.300.000,oo), correspondiente a la entrega del segundo (02) informe.

NOMBRE SUPERVISOR: **BELLANED VILLANUEVA ORTIZ**

No. CEDULA CIUDADANIA: 40.777.707

CARGO: COORDINADORA DE DEPORTE SOCIAL, COMUNITARIO Y RECREATIVO

FIRMA:

ANEXOS:

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