**LA DIRECTORA DEL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE**

**“PASTO DEPORTE”**

**CERTIFICA:**

1. Que el contratista XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXXX de XXXXXX, cumplió las obligaciones contractuales estipuladas en el contrato No. 000-2024, y que los documentos soportes del informe anexo reposan en la entidad y están al acceso de cualquier revisión.
2. **DOCUMENTOS PRESUPUESTALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Disponibilidad presupuestal No | XXXXXXXXXXXXX |
| Registro Presupuestal No | XXXXXXXXXXXXXX |
| Rubro Presupuestal No | XXXXXXXXXXXX |
| Valor Total del Contrato | XXXXXXXXXXXXX |

1. OBJETO DEL CONTRATO: XXXXXXXXXXX
2. VALOR Y FORMA DE PAGO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NUMERO DE CUOTA A PAGAR** | **VALOR A PAGAR** | **VALOR EN LETRAS** |
| **XX** | **$ XXX.XXX** | **XXX XXX XXX** |

1. El (La) supervisor(a) certifica que ha tenido a la vista los comprobantes de pago de los aportes al sistema de seguridad social, pensión, riesgos laborales. Además, que, una vez revisado el informe de actividades con sus respectivos soportes y anexos, estos soportan a cabalidad el cumplimiento del objeto contractual.

|  |  |
| --- | --- |
| PARA LOS EFECTOS LEGALES EL(LA) CONTRATISTA DECLARA BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO: QUE EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIÓN, RIESGOS PROFESIONALES Y/O APORTES PARAFISCALES, SE REALIZARON CON BASE A LOS INGRESOS PROVENIENTES DEL CONTRATO OBJETO DEL PRESENTE PAGO. (CUANDO EL CONTRATO LO AMERITE) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma**  EL CONTRATISTA O BENEFICIARIO DEL PAGO |

|  |  |
| --- | --- |
| **Supervisor(a)** | **Firma** |
| **CLAUDIA MARCELA CANO RODRIGUEZ**  Directora  Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte - PASTO DEPORTE |  |

Para constancia se firma en San Juan de Pasto

ANEXOS

Estampillas Procultura y Prodesarrollo, Informe de Actividades, planilla de pago de Salud, Pensión y ARL.