

	<b>CERTIFICACION DE SUPERVISION DE ORDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIO</b>	
	<b>GHATE01-GESTION DE PAGOS</b>	
	<b>INSTITUTO DISTRITAL DE DEPORTE Y RECREACION - IDER</b>	
	<b>Vigencia: 04/01/2017</b>	<b>Versión:6.0</b>

CON FUNDAMENTO EN EL INFORME PRESENTADO PARA LA EVALUACION DE SUPERVISION, EL SUSCRITO SUPERVISOR CERTIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR EL CONTRATISTA DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN RELACIONADA A CONTINUACIÓN:

<b>CONTRATISTA:</b>	<b>Nombre del contratista</b>			
<b>IDENTIFICACION:</b>	Identificación			
<b>FECHA DEL CONTRATO O CONVENIO:</b>	Fecha en que se firma			
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	Numero asignado ,adicionales , modificaciones y otros si			
<b>CLASE DE ACTO:</b>	<b>tipo de contrato que se suscribe</b>			
<b>OBJETO Y ALCANCE DEL CONTRATO:</b>	<b>Descrito en le contrato</b>			
<b>VALOR DEL CONTRATO:</b>	<b>Valor del contrato y sus adicionales</b>			
<b>PLAZO:</b>	Plazo inicialmente señalado y sus adicionales			
<b>TIPO DE REGIMEN TRIBUTARIO AL QUE PERTENECE</b>	<b>IVA</b>		<b>RENTA</b>	
	Simplificado <u>  X  </u> Común <u>    </u>		Ordinario <u>    </u> Especial <u>    </u>	
<b>NATURALEZA DE LA ENTIDAD CONTRATISTA</b>	<b>Natural</b>		<b>Jurídica</b>	
<b>FECHA DE INICIO:</b>	Fecha del registro presupuestal			
<b>FECHA FINAL:</b>	Fecha que indique el contrato			
<b>VALOR DE PAGO DE SALUD</b>	Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla			
<b>VALOR DE PAGO DE PENSION</b>	Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla			
<b>VALOR DE PAGO ARL</b>	Valor cancelado por este concepto y reportado en la planilla			
<b>NUMERO DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>	<b>numero de planilla del pago se seguridad social</b>			
<b>SEGURIDAD SOCIAL - PERSONAS NATURALES</b>				
DEBAJO DE CADA COLUMNA COLOCAR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL MES QUE SOPORTA DENTRO DE LA CERTIFICACION PARA EL PAGO Y LA FECHA EN QUE LO REALIZO				
<b>MES PAGADO</b>		<b>FECHA DE PAGO</b>		
<b>SEGURIDAD SOCIAL - PERSONAS JURIDICAS</b>				
(MARCA CON UNA X LA CALIDAD DE LA PERSONA QUE EMITE LA CERTIFICACION Y COLOCAR LA FECHA EN QU ELA MISMA SE EXPIDE )				
<b>Certificación de pago seguridad social y parafiscales</b>		<b>FECHA DE CERTIFICACIÓN</b> DD/MM/AAAA		
Representante Legal				
Revisor Fiscal				
<b>Certificados</b>				
	<b>Numero</b>	<b>Unidad Ejecutora</b>	<b>Fecha</b>	<b>Valor</b>
Disponibilidad DISPONIBILIDAD (SEÑALAR LA INFORMACION SOLO D ELA DISPONIBILIDAD CON QUE SE VA A CANCELAR ESTA COUTA		<b>15-IDER</b>		
Registro (SEÑALAR LA IMFORMACION SOLO DEL REGISTRO CON QUE SE VA CANCELAR ESTA CUOTA )		<b>15-IDER</b>		
<b>OBSERVACIONES:</b>				
La presente certificación se expide para el cobro de <b>VALOR EN LETRAS (VALOR EN NUMEROS )</b> correspondiente <b>A LA ( NUMERO DE CUOTA A CANCELAR )</b>				

Atentamente,

IDENTIFICAR AL INTERVERTORIA EN LA MISMA FORMA QUE LO INDICA EL CONTRATO