	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	JURIDICA	Fecha:	15/11/2022

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$44,880,000.00			Valor a Pagar:	$4,080,000.00
Número:	CPS-IDER-110-2022 ADI-001-110-2022	Fec. Suscripción:	Ene 13 2022	Fecha de iniciación:	Ene 13 2022
N° CDP:	11 - 120	Fecha:	Ene 12 2022 - Ago 31 2022	Fecha de terminación:	Dic 12 2022
N° RP:	87 - 1324	Fecha:	Ene 13 2022 - Sep 12 2022	Duración:	Meses 11 Días 0
Rubro Presupuestal:	consolidacion del sistema deportivo distrital mnediante una estrategia de estimulos y/o apoyos a las consolidacion del sistema deportivo distrital mpodi			Periodo a pagar:	Oct 13 2022 - Nov 12 2022
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales como abogado para brindar asesoría jurídica y acompañamiento a la Oficina Jurídica del Instituto Distrital de Deporte y Recreación-IDER en el marco de la ejecución del proyecto Consolidación del Sistema Deportivo Distrital mediante una estrategia de estímulos y/o apoyos a las organizaciones deportivas y deportistas de altos logros.

FORMA DE PAGO: EL IDER pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante ocho (08) pagos iguales por valor de CUATRO MILLONES OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($4.080.000), que se tramitarán mes vencido, el pago se efectuará previa presentación de la documentación que exija para tal efecto el área administrativa y financiera del IDER, acompañada de la certificación de servicios prestados, suscrita por el supervisor, en la cual deberá constar que el contratista se encuentra a paz y salvo por los conceptos correspondientes a Seguridad Social Integral. El valor descrito se encuentra amparado en la disponibilidad presupuestal anexa al presente estudio

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**YIRA TATIANA MORALES CASTRO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1128059948	DV.	
Dirección:	BRR BLAS DE LEZO MZA 37 LT 4 ET 4								
Número de Teléfono:	6636176		FAX:			CEL.	6636176		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**78639791610**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X": Persona Natural: **x** Persona Jurídica: ____ Regimen: **SIMPLIFICADO**

Gran Contribuyente: ____ Autoretenedor: ____

He verificado de esta información frente al RUT: SI: x NO:

INFORME DEL SUPERVISOR

AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD

El contratista presentó el informe correspondiente: SI: **X** NO: ____ # de folios: ____

El informe cumple con lo estipulado en el contrato: **SI** Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: **SI** Fecha: Nov 15 2022

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: SEGURIDAD SOCIAL OCTUBRE

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$313,800.00	Periodo: OCTUBRE	Valor pagado	$401,600.00	Periodo: OCTUBRE
Comprobante de pago Número:	7859491105		Comprobante de pago Número:	7859491105	
Fecha de pago:	Nov 15 2022		Fecha de pago:	Nov 15 2022	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$13,200.00	Periodo: OCTUBRE			
Comprobante de pago Número:	7859491105				
Fecha de pago:	Nov 15 2022				

Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:

SOLICITUD DE PAGO: Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en le contrato, que el contratista cumplió con lospagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejadoscon los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.

APLICACION RETENCION: Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: D29EB3BB-E671-4399-8365-14BBE28E8433

NOMBRE CONTRATISTA: YIRA TATIANA MORALES CASTRO

C.C.: 1128059948

FIRMA SUPERVISOR FD2C46A3-9022-4F59-9B30-D9DA1150A3EE

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE ESTHER MONTERROSA NOVOA

CARGO: Jefe de Oficina Asesora Jurídica