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

Dependencia:	JURIDICA	Fecha:	20/2/2023

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$46,226,400.00			Valor a Pagar:	$4,202,400.00
Número:	CPS-IDER-073-2023	Fec. Suscripción:	Ene 17 2023	Fecha de iniciación:	Ene 17 2023
N° CDP:	9	Fecha:	Ene 5 2023	Fecha de terminación:	Dic 16 2023
N° RP:	67	Fecha:	Ene 17 2023	Duración:	Meses 11 Días 0
Rubro Presupuestal:	Consolidacion DEL SISTEMA DEPORTIVO DISTRITAL MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE ESTíMULOS Y/O APOYOS A LAS			Periodo a pagar:	Ene 17 2023 - Feb 16 2023
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 once (11) cuotas iguales por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL PESOS M/CTE ($4.202.400,00), 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.

INFORMACIÓN BÁSICA 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:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Feb 20 2023

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL ENERO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$314,400.00	Periodo ENERO	Valor pagado	$402,400.00	Periodo ENERO
Comprobante de pago Número:	7870747677		Comprobante de pago Número:	7870747677	
Fecha de pago:	Feb 15 2023		Fecha de pago:	Feb 15 2023	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$13,200.00	Periodo ENERO			
Comprobante de pago Número:	7870747677				
Fecha de pago:	Feb 15 2023				

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: 76D75AFB-B46F-444B-AD29-5F20D7CC35FB

NOMBRE CONTRATISTA: YIRA TATIANA MORALES CASTRO

C.C.: 1128059948

FIRMA SUPERVISOR 9A441AB2-9B4A-42C5-B0FD-9BF395EE01D0

NOMBRE SUPERVISOR: MARIA CAMILA DE LEON PUELLO

CARGO: Jefe de Oficina Asesora Jurídica - PROVISIONAL RES - 032