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

Dependencia:	DIRECCION DE DEPORTE RECREACIÓN ACTIVIDAD FISICA APROVECHAMIENTO DEL TIEMPO LIBRE Y EDUCACION FISICA	Fecha:	31/5/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$13,000,000.00			Valor a Pagar:	$2,600,000.00
Número:	CPS-IDER-287-2024	Fec. Suscripción:	Mar 1 2024	Fecha de iniciación:	Mar 1 2024
N° CDP:	4	Fecha:	Ene 18 2024	Fecha de terminación:	Jul 31 2024
N° RP:	539	Fecha:	Mar 1 2024	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:	Desarrollo de la Escuela de Iniciacion y Formacion Deportiva - EIFD en el Distrito de Cartagena de			Periodo a pagar:	May 1 2024 - May 31 2024
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de servicios al área de Deporte del Instituto Distrital de Deporte y Recreación - IDER como Instructor de énfasis del proyecto Desarrollo de la Escuela de Iniciación y formación deportiva por núcleos y énfasis en la ciudad de Cartagena de Indias.

FORMA DE PAGO: EL IDER pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante cinco (05) cuotas de igual valor por la suma de DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE ($ 2.600.000), 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.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**ZUNILDA MENDOZA MIRANDA**								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	45494330		DV.	
Dirección:	BRR LA CANDELARIA CRA-44 CLL32D Nº 137								
Número de Teléfono:	3188921187		FAX:			CEL.	3188921187		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**09800029179**	Banco:	**BANCOLOMBIA**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X"	Persona Natural:	x	Persona Jurídica:	
	Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	

Regimen: **NO RESPONSABLE DE IVA**

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: May 31 2024

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: Cumple satisfactoriamente con el objeto contractual

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$162,500.00	Periodo MAYO	Valor pagado	$208,000.00	Periodo MAYO
Comprobante de pago Número:	4553695469		Comprobante de pago Número:	4553695469	
Fecha de pago:	May 28 2024		Fecha de pago:	May 28 2024	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$31,700.00	Periodo MAYO	
Comprobante de pago Número:	4553695469		
Fecha de pago:	May 28 2024		

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: 245A474B-5E6E-463A-9B77-9E8A58AE2ABE

NOMBRE CONTRATISTA: ZUNILDA MENDOZA MIRANDA

C.C.: 45494330

FIRMA SUPERVISOR 1676E371-0094-440E-B8EF-7D3FB2935921

NOMBRE SUPERVISOR: GUSTAVO GONZALEZ TARRA

CARGO: P.E. DE DEPORTE Y RECREACION FISICA