	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:	28/8/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$21,000,000.00			Valor a Pagar:	$3,500,000.00
Número:	CPS-IDER-357-2024	Fec. Suscripción:	Feb 27 2024	Fecha de iniciación:	Feb 27 2024
N° CDP:	4	Fecha:	Ene 18 2024	Fecha de terminación:	Ago 26 2024
N° RP:	488	Fecha:	Feb 27 2024	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	Desarrollo de la Escuela de Iniciacion y Formacion Deportiva - EIFD en el Distrito de Cartagena de			Periodo a pagar:	Jul 27 2024 - Ago 26 2024
Requiere Informe:	**SI**	Entregó Informe:	**SI**	Suspensión No.:	En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios Profesionales como Administrador de Empresas para brindar asesoría en el Instituto Distrital de Deporte y Recreación- IDER, en el marco del proyecto Desarrollo de la Escuela de Iniciación y Formación Deportiva - EIFD en el Distrito de Cartagena de Indias.

FORMA DE PAGO: EL IDER pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante seis (6) pagos iguales por valor de TRESMILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.500.000) y 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.

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**YULEIDYS DIVANNYS CABARCAS ORTEGA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	1143346911-0	DV.	
Dirección:	BRR PROVIDENCIA MZ A LT 5								
Número de Teléfono:	FAX:					CEL.	3046324685		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0550488407145660**	Banco:	**Davivienda**	

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: Ago 28 2024

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: CUENTA DE COBRO DEL PERIODO 27-07-2024 SL 26-08-2024

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud				**Aportes a Pensión**			
Valor pagado	$178,000.00	Periodo	JULIO	Valor pagado	$227,900.00	Periodo	JULIO
Comprobante de pago Número:		9470147395		Comprobante de pago Número:		9470147395	
Fecha de pago:		Ago 28 2024		Fecha de pago:		Ago 28 2024	
Aportes a ARL				**NOTA:**			
Valor pagado	$34,800.00	Periodo	JULIO				
Comprobante de pago Número:		9470147395					
Fecha de pago:		Ago 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: E047EA23-E7C7-4B71-B3C6-1571DFF455FA

NOMBRE CONTRATISTA: YULEIDYS DIVANNYS CABARCAS ORTEGA

C.C.: 1143346911-0

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: GUSTAVO GONZALEZ TARRA

CARGO: P.E. DE DEPORTE Y RECREACION FISICA