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

Dependencia:	DIRECCION GENERAL	Fecha:	25/8/2024

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$10,000,000.00			Valor a Pagar:	$2,500,000.00
Número:	CPS-IDER-517-2024	Fec. Suscripción:	Jun 25 2024	Fecha de iniciación:	Jun 25 2024
N° CDP:	7	Fecha:	Ene 18 2024	Fecha de terminación:	Oct 24 2024
N° RP:	979	Fecha:	Jun 25 2024	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Conservacion, mantenimiento y mejoramiento de los escenarios deportivos de la ciudad como estrategia			Periodo a pagar:	Jul 25 2024 - Ago 24 2024

Requiere Informe: **SI** Entregó Informe: **SI** Suspensión No.: En tiempo: Prorroga No.: En tiempo:

OBJETO DEL CONTRATO:

Prestación de servicios de apoyo a la gestión a la Oficina de Infraestructura del Instituto Distrital de Deporte y Recreación-IDER para el mantenimiento de los escenarios deportivos en el marco del proyecto denominado: Conservación, mantenimiento y mejoramiento de los escenarios deportivos de la ciudad como estrategia de preservación del patrimonio material del Distrito de Cartagena de Indias

FORMA DE PAGO:

EL IDER pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante cuatro (4) pagos iguales por valor DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($2.500.000) 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:	**MARCEL SUAREZ JULIO**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	73162328-0	DV.	
Dirección:	BRR MANGA CR 28 28 37 P 1 AP 3								
Número de Teléfono:	FAX:					CEL.	3003563007		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0550488439740017**	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 25 2024

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

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$164,100.00	Periodo: JULIO	Valor pagado	$210,100.00	Periodo: JULIO
Comprobante de pago Número:	30497415		Comprobante de pago Número:	30497415	
Fecha de pago:	Ago 21 2024		Fecha de pago:	Ago 21 2024	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$32,100.00	Periodo: JULIO			
Comprobante de pago Número:	30497415				
Fecha de pago:	Ago 21 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: 4C93A30A-89F8-4988-A02E-1886E70FE09D

NOMBRE CONTRATISTA: MARCEL SUAREZ JULIO

C.C.: 73162328-0

FIRMA SUPERVISOR 36FB24C4-0D29-4637-BA85-9EE5D8064C30

NOMBRE SUPERVISOR: KAREN KATHERINE VELASQUEZ ROJANO

CARGO: ASESOR INFRAESTRUCTURA