MUNICIPIO DE QUIBDÓ
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

GESTIÓN FINANCIERA

Aplica para personas naturales no comerciantes

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS

FECHA DE EXPEDICIÓN **30/09/2024** **CONSECUTIVO NRO.** **1**

ENTIDAD CONTRATANTE: MUNICIPIO DE QUIBDÓ
NIT. 891.680.011-0

DATOS DEL CONTRATISTA			
NOMBRE	**HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA**	**NIT. Ó C.C**	**11.802.301**
NRO. DE CUENTA	**530772271**	**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**
BANCO	**AVVILLAS**	**CIUDAD**	**QUIBDÓ**
DIRECCIÓN	**CRA. 4 # 25-23**	**TELÉFONO**	**3106844730**

CONCEPTO **PRESTACION DE SERVICIOS** **NRO.** **599**

Cuyo objeto es

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE RECREACIÓN Y DEPORTE APOYANDO LA GESTIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDÓ CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 2024.

158.400

SUBTOTAL	158.400
IVA ASUMIDO	
TOTAL	158.400

VALOR EN LETRAS: **CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE**

ENDOSO 1:

Beneficiario del endoso: NIT/CC

Cuenta Banco Tipo

Concepto Valor $ 0

ENDOSO 2:

Beneficiario del endoso: NIT/CC

Cuenta Banco Tipo

Concepto Valor $ 0

FIRMA
DIRECCIÓN CRA. 4 # 25 - 23
TELÉFONO 3106844730

Adquisiciones efectuadas a Personas Naturales no comerciantes o no responsables del Impuesto a las Ventas
Articulo 3 Decreto 522 de Marzo 7/2003

Quibdó, 30 de septiembre de 2024

Señores
ALCALDIA
Ciudad.

REF: CERTIFICACIÒN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016- RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACIÒN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

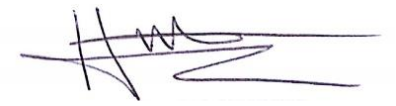
Yo, **HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA,** identificada con cedula de ciudadanía No. **11802301** expedida en **Quibdó**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de Ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales. . **(Parágrafo 2 ART 383 E.T).**

SI ( ) **NO (X)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,



HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA
C.C. 11802301 de Quibdó

ALCALDÍA MUNICIPAL DE Quibdó

CERTIFICADO DE SUPERVISIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

Nombre del (la) Contratista	**HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA**	OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE RECREACIÓN Y DEPORTE APOYANDO LA GESTIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDÓ.
Tipo de Contrato	**PRESTACION DE SERVICIOS**		
Contrato Nº	599 DE 2024		
Documento de Identidad	C.C. Nº 11.802.301		
Nombre de Supervisor(a) o Interventor(a)	ALEXANDER CUESTA GONZALEZ		
Cargo Supervisor(a) o Interventor(a)	SECRETARIO DE RECREACIÓN Y DEPORTES		

MANIFESTACIÓN DE INTENCIÓN

Una vez revisada la documentación enviada por el señor HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA en su calidad de contratista/convenido del Municipio de Quibdó de acuerdo con el contrato (conveni 599 en cumplimiento de la cláusula SEPTIMA del convenio/contrato en mención, solicito respetuosamente realizar el trámite de pago (o desembolso), con base en la siguiente información y anexos de cumplimiento que se relacionan:

INFORMACIÓN FINANCIERA

Número cuenta del (a) Contratista	530772271	Banco	Banco AV Villas	Tipo cuenta	Ahorro

Fecha de inicio (Según Acta): 30-sep.-2024

Plazo de Ejecución: 3 meses, y 4 días

Fecha de terminación (Incluye prórrogas): 31-dic.-2024

VALOR INICIAL	**$**	**14.889.600,00**
Adición 1		-
Adición 2		-
Adición 3		
VALOR TOTAL	**$**	**14.889.600,00**

Prórrogas	**Días**
Prórroga 1	
Prórroga 2	
Prórroga 3	

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

No. Certificado Disponibilidad Presupuestal	No. Registro Presupuestal	Fecha Registro Presupuestal	Código Rubro Presupuestal	Valor a pagar por Rubro Presupuestal en el presente pago
1565	5485	26/09/2024	2.3.2.02.02.009.43.01.07	158.400

INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Salud	215.000	EPS	NUEVA EPS	Número de planilla	9471413578
Pension	275.200	Fondo Pensiones	COLPENSIONES	Número de planilla	9471413578
A.R.P	9.000	A.R.P	POSITIVA	Número de planilla	9471413578

***Nota: El pago del Fondo de Solidaridad Pensional - FSP, aplica únicamente cuando la base de cotizacion es mayor a 4 SMMLV.

INFORMACIÓN PARA LA LIQUIDACIÓN DEL PAGO

No. PAGO	PERÍODO DE PAGO		PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	VALOR PAGADO	VALOR A PAGAR SIN IVA	IVA	VALOR TOTAL A PAGAR	SALDO POR PAGAR
	DESDE	HASTA						
1	30-sep.-24	30-sep.-24	1.06%	-	158.400	-	158.400	14.731.200

CERTIFICACIÓN

El / la suscrito (a) supervisor (a) / interventor (a) certifica:

Que, HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA, identificado(a) con C.C. Nº 11.802.301 cumplió a satisfacción con el objeto del (la) PRESTACION DE SERVICIOS Nº 599 de 2024, de acuerdo con el informe presentado.

Que se verificaron los pagos efectuados por el (la) contratista al Sistema General de Seguridad Social y/o aportes parafiscales, correspondiente al presente periodo de pago, los cuales se efectuaron

Que, con base en lo anterior se avala el pago por un valor de: **$ 158.400** incluido IVA.

Fecha de expedición: 30 (Día) septiembre (Mes) 2024 (Año)

SUPERVISOR

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2024

DATOS DEL INFORME					
Mensual	X		**Final**		
Informe mensual de actividades Nro. 1					
Fecha de Presentación:	30/09/2024	**Período del informe:**	**DESDE: 30/09/2024 HASTA: 30/09/2024**		
Nombre del Contratista:	**HERZIN ALIRIO MORENO URRUTIA**			**Nro. de documento de identidad:**	**11.802.301**
Correo Electrónico:	Herzin1@gmail.com			**Nro. de teléfono:**	3106844730
Nombre Interventor(a) o Supervisor(a):	**ALEXANDER CUESTA GONZALEZ**			**Nro. de documento de identidad:**	**11.814.689**
Nombre del Apoyo a la Supervisión:	**N/A**			**Nro. de documento de identidad:**	**N/A**
Valor del Contrato:	**$ 14.889.600**	**Valor de Adición:**	**$**		

DATOS DEL CONTRATO					
Contrato Nro.	CPS-599-2024				
Objeto:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SECRETARÍA DE RECREACIÓN Y DEPORTE APOYANDO LA GESTIÓN GENERAL DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS DEL MUNICIPIO DE QUIBDÓ.				
CDP Nro.	1565	**CRP Nro.**	5485		
Póliza Nro.	N/A	**Fecha Acta de Aprobación Póliza:**		N/A	
Plazo:	3 MESES 4 DIAS	**Fecha de Iniciación:**	**30/09/2024**	**Fecha de Terminación:**	**31/12/2024**
Modificaciones al Contrato:	*(Relacione aquí todo lo correspondiente a una prórroga, adición y/o suspensión, si es el caso)*				

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligaciones Contractuales	**Actividades realizadas y/o productos entregados**	**Soportes**
1. Apoyar en la elaboración y construcción de proyectos deportivos.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2024

2. Apoyar la coordinación y supervisión de los programas desde el área administrativa y deportivas.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
3. Planificar, coordinar y asistir en representación de la Secretaría cuando sea autorizado por su Supervisor en reuniones con entidades públicas y privadas, para articular las acciones necesarias para la construcción de proyectos o programas en beneficio de la misionalidad de la Secretaría.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
4. Organizar y coordinar el apoyo logístico necesario para los eventos deportivos y recreativos a cargo de la Secretaría.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
5. Apoyar y articular las iniciativas generadas desde MINDEPORTES.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
6. Apoyar en la supervisar de los contratos y convenios que realice la Secretaría de Recreación y Deporte, desde su estructuración hasta su liquidación.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**

	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2024

7. Mantener actualizada y organizada en medio físico y digital los archivos de las actividades y obligaciones que ejecuta para la Secretaría de Deportes.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
8. Proyectar de acuerdo con su competencia, respuestas a las consultas, peticiones, quejas y reclamos radicadas al área por los usuarios teniendo en cuenta los procedimientos establecidos para ello por la Entidad.	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**
9. Presentar un cronograma de actividades mensual donde se plasmen actividades programadas y demás relacionadas con sus obligaciones dentro de los 5 últimos días de cada vez, para su aprobación por parte del secretario o de quine este delegue y realización en el mes siguiente.	Adjunto el cronograma de actividades para desarrollar de acuerdo a mis funciones, durante el mes de octubre.	Cronograma de actividades.
10. Los demás que en el marco de su misión se deriven de planes, programas y proyectos del Municipio o le sean asignadas por norma o autoridad competente de	No aplica para este periodo objeto de pago.	**N/A**

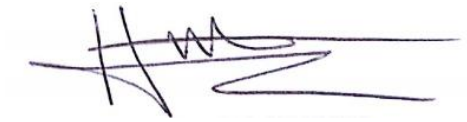
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES
	FECHA DE APLICACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2024

acuerdo con el carácter de sus funciones		

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

El supervisor con la firma del presente documento certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones contractuales para el período de presentación de este informe, como el pago de los aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social, por concepto de salud, pensiones y ARL, por tal razón, se autoriza el pago al Contratista de la suma de CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE ($158.400).



_____

Firma del contratista

(Nombre del Contratista)

_____

Firma Supervisor

(Nombre Supervisor)

LISTADO PARA REVISION DE CARPETAS

1. Copia del contrato
2. Certificado de disponibilidad presupuestal CDP
3. Certificado de registro presupuestal RP
4. Copia de Cedula
5. RUT
6. Certificado de Afiliación SALUD
7. Certificado de Afiliación PENSION
8. Certificado de Afiliación ARL
9. Certificación Bancaria
10. Certificado de estar inscrito en SECOP II
11. Acta de inicio

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11802301		MORENO URRUTIA HERZIN ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4 N 25 23	QUIBDO-CHOCO	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	20240909083118530041	9471413578	I	2024/09/03	2024/09/09	BANCO AV VILLAS	6	$501,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,720,000	$275,200			$1,720,000	$215,000			$0	$0			$1,720,000	$9,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,720,000	$275,200			$1,720,000	$215,000			$0	$0			$1,720,000	$9,000		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,720,000	$275,200			$1,720,000	$215,000			$0	$0			$1,720,000	$9,000		$0	$0
1	CC 11802301	MORENO HERZIN	25-14	30	$1,720,000	$275,200	EPS037	30	$1,720,000	$215,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,720,000	$9,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,720,000	$275,200			$1,720,000	$215,000			$0	$0			$1,720,000	$9,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11802301		MORENO URRUTIA HERZIN ALIRIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 4 N 25 23	QUIBDO-CHOCO	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	20240909083118530041	9471413578	I	2024/09/03	2024/09/09	BANCO AV VILLAS	6	$501,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,200	$1,300	$0	$276,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$275,200	$1,300	$0	$276,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,000	$100	$0	$9,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,000	$100	$0	$9,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,000	$1,000	$0	$216,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$215,000	$1,000	$0	$216,000
TOTAL				**1**	**$499,200**	**$2,400**	**$0**	**$501,600**