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

Dependencia:	IMDERT	Fecha:	25/11/2025

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$22,000,000.00			Valor a Pagar:	$4.400,000.00
Número:	CDPS-038-2025	Fec. Suscripción:	Jul 25 2025	Fecha de iniciación:	Jul 25 2025
N° CDP:	016	Fecha:	Mayo 22 2025	Fecha de terminación:	Dic 24 2025
N° RP:	088	Fecha: Servicios	Jul 24 2025	Duración:	Meses 5 Días 0
Rubro Presupuestal:				Periodo a pagar:	25-10 a 24/11/2025

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 PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO

FORMA DE PAGO: cinco (5) cuotas parciales mensuales de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($4.400.000)

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	YACKELINE ACUÑA BALLESTAS								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	30.878.294	DV.	
Dirección:	0								
Número de Teléfono:	0	FAX:		CEL.	0				
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	X	Número:		Banco:	N.A.	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **X** Persona Jurídica: Regimen: **N.A.**

Gran Contribuyente: Autoretenedor:

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: noviembre 2025

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: ninguna

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud		**Aportes a Pensión**	
Valor pagado $220,000.00	Periodo noviembre	Valor pagado $281,600.00	Periodo noviembre
Comprobante de pago Número:	9495284486	Comprobante de pago Número:	9495284486
Fecha de pago:	24/11/25	Fecha de pago:	24/11/25
Aportes a ARL		**NOTA:**	
Valor pagado $9,200.00	Periodo noviembre	ninguna	
Comprobante de pago Número:	9495284486		
Fecha de pago:	24/11/25		

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

APLICACION RETENCION

Anexos: Copia de aporte de pensión **SI** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: yackeline acuña b.

NOMBRE CONTRATISTA: YACKELINE ACUÑA BALLESTAS

C.C.: 30.878.294

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: ROVIRO CABRERA GALVIS

CARGO: TESORERO

octubre 25 de 2025 a noviembre 24- 2025

ALCALDIA MUNICIPAL DE TURBACO	**FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES DE CONTRATISTAS**	**CODIGO: S-003** **Versión: 1.01** **Fecha: 19/05/2017**

Turbaco, Bolívar, Sep 24 2025

IMDERT

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre 25/10 a 24/11 de 2025 , las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	YACKELINE ACUÑA BALLESTAS
Identificación:	30.878.294

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	CPS-038-2025	**Fec. Suscripción:**	Jul 25 2025	**Fecha de iniciación:**	Jul 25 2025
	Duración:		**Meses:** 5	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Dic 24 2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO					

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	ACTIVIDADES EJECUTADAS
Apoyar en las actividades deportivas y recreativas del IMDERT	
1) Asesorar al Instituto Municipal del Deporte y Recreación de Turbaco, en los diferentes procesos administrativos requeridos para su correcto funcionamiento. 2) Brindar asesoría profesional y apoyo en la ejecución de los programas que se adelantan en el IMDERT.	1.Se brindo apoyo logistico en la inauguracion de los distintos torneos de softbal realizados en el estadio 16 de julio 2. se brindo apoyo en la organizacion e inauguracion de la liga de beisbol de bolivar en el estadio rafael naar 3. se brindo apoyo en las diferentes tomas barriales
3) Apoyar, contribuir y participar en las acciones, labores y actividades para el mejoramiento continuo del IMDERT. 4) Proyectar y revisar el contenido de los documentos que le sean asignados por el supervisor. 5) Brindar acompañamiento en las reuniones, mesas de trabajo y cualquier actividad asociada a las actividades propias del IMDERT.	4.se realizo implementación de solicitud para apoyo instructores

Final de las obligaciones contractuales.

Final de las actividades ejecutadas.

yackeline acuña b.

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **YACKELINE ACUÑA BALLESTAS**

C. C. : **30.878.294**

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: ROVIRO CABRERA GALVIS

CARGO: TESORERO

CUENTA DE COBRO NO. 04

EL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO “IMDERT”

NIT. No. 806.002.997-0 DEBE A:

YACKELINE ACUÑA BALLESTA
CC. No. 30.878.294 DE TURBACO - BOLÍVAR.

La suma de CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE ($4.400.000,00) Por concepto de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.** CONTRATO No. CDPS –038-2025

Periodo de Cobro : 25/10/2025-24/11/2025

Turbaco, Bolívar 24 de **noviembre 2025**

yackeline acuña b.

CC. No. 30.878.294


Turbaco
ALCALDÍA MUNICIPAL DE
TURBACO


IMDER
IMDER
CRISTAL


IMDERT

SOLICITUD DE INSTRUCTORES PARA ACTIVIDAD FISICA

Fecha de solicitud:	*Fecha de evento:*
Nombre del solicitante:	
Institucion / Empresa:	
Direccion:	
Telefono:	
Correo:	
Apoyo deportivo para: niños _____ adultos _____ jovenes _____ educativo _____ intitucional _____	
Beneficios que representa:	

Firma del Solicitante:

_____

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30878294		ACUÑA BALLESTAS YAKELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle19 #15-54	TURBACO-BOLIVAR	6638137	Si

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,760,000	$281,600			$1,760,000	$220,000			$0	$0			$1,760,000		$9,200		$0	$0		$510,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,760,000	$281,600			$1,760,000	$220,000			$0	$0			$1,760,000		$9,200		$0	$0		$510,800
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)																					$1,760,000	$281,600			$1,760,000	$220,000			$0	$0			$1,760,000		$9,200		$0	$0		$510,800
1	CC	30878294	ACUÑA YAQUELIN																	23020 1	30	$1,760,000	$281,600	EPS005	30	$1,760,000	$220,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,760,000	0.522%	$9,200	0	$0	$0	No	$510,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,760,000	$281,600			$1,760,000	$220,000			$0	$0			$1,760,000		$9,200		$0	$0		$510,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1951984988	9495284486	I	2025/11/26	2025/11/24	NEQUI	0	$510,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$281,600	$0	$0	$281,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$281,600	$0	$0	$281,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$220,000	$0	$0	$220,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$220,000	$0	$0	$220,000
TOTAL				**1**	**$510,800**	**$0**	**$0**	**$510,800**