IDERMETA	INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META	Código: GES-FO-14
	PROCESO DE GESTIÓN ESTRÁTEGICA	Vigencia: 17/09/2024
	LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PAGO	Versión: 04

Contrato No.	657 DE 2025						
Contratista	AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO						
Periodo de Pago	**Desde**		01/11/2025		Hasta		30/11/2025
Tipo de Pago	**PARCIAL**	X	**No.**	3	**FINAL**		

Los siguientes soportes documentales son requeridos al contratista para radicar informes para pago:

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CODIGO FORMATO	VERIFICACIÓN SI / NO / N/A	
			CARPETA ORIGINAL	FINANCIERA
1.	Copia del contrato objeto y/o minuta de adición (aplica en el primer pago)	GES-FO-92	N/A	N/A
2.	Copia del Acta de Inicio (aplica en el primer pago)	GES-FO-11	N/A	N/A
3.	Informe unificado de avance de contrato y anexos	GES-FO-15	X	X
4.	Soporte de pago de seguridad social	N.A.	X	X
5.	Autorización de pago, deducciones e impuestos descontables	GES-FO-16	X	X
6.	Soporte de costos o documento equivalente.	N.A.	X	X
7.	Registro Único Tributario (RUT) con fecha de impresión actualizada (aplica en el primer pago).	N.A.	N/A	N/A
8.	Certificado de no declarante de impuesto y dependiente en la retención en la fuente	N.A.	X	X
9.	Certificado bancario no superior a 90 días (aplica en el primer pago)	N.A.	N/A	N/A
10.	Evaluación de proveedor de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión (se anexa para el Último pago o terminación anticipada)	GES-FO-52	N/A	N/A
11.	Paz y Salvo de almacén (si aplica)	N.A.	N/A	N/A
12.	Acta de terminación de contrato (se anexa para el último pago o terminación anticipada)	GES-FO-119	N/A	N/A
13.	Acta de liquidación (si aplica)	GES-FO-120	N/A	N/A

Supervisor:	**LUZ MARY RAMIREZ DUARTE CC: 40.388.075 DE VILLAVICENCIO SUBDIRECTORA OPERATIVA A MEDICINA DEPORTIVA**	Firma:	
Fecha de Radicación:		No. Folios	15
Radicado:			
Verificación y aprobación de archivo		Fecha de verificación	03/11/25
Verificación y aprobación SIA OBSERVA		Fecha de Verificación	

NIT 82...

01 DIC 2025

Rad No 6828

Hora 8:00 am Firma

Carrera 16 # 24-03 Barrio Olímpico - Popular
6701469 - 6701465
contactenos@idermeta.gov.co
Villavicencio - Meta, Colombia

GOBERNACIÓN DEL META

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40330170	AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO		SAN ANTONIO RESERVADO	3213237111	hidaly2005@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	07/11/2025	91394159	$420,700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178,000	0		0		0	0	0	0	178,000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227,800	0	0	0	0	0	0		227,800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14,900				14,900	0	0	14,900			149	14,900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

CC 40330170
CC 40330170

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	178,000
Pensión	1	227,800	227,800
Riesgos Laborales	1	14,900	14,900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420,700	420,700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Powered by CamScanner

IDERMETA	INSTITUTO DE DEPORTE Y RECREACIÓN DEL META	Código: GES-FO-16
	PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA	Vigencia: 25/07/2024
	AUTORIZACIÓN DE PAGO, DEDUCCIONES E IMPUESTOS DESCONTABLES	Versión: 04

DATOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DE UN AUXILIAR DE ENFERMERIA
Nº DE CONTRATO:	657 DE 2025
CONTRATISTA:	AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO
CC O NIT:	C.C 40.330.170 DE V/CIO
NÚMERO Y FECHA DE CDP	639 DE 5 SEPTIEMBRE DE 2025 IDERMETA
NÚMERO Y FECHA DE RP	1416 DE 24 SEPTIEMBRE DE 2025 IDERMETA
OBJETO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL A LOS ATLETAS DE ALTO RENDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DEL META, MEDIANTE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE CON EL FIN DE POTENCIAR SUS CONDICIONES PARA UN ÓPTIMO DESEMPEÑO COMPETITIVO",**
VALOR INICIAL:	OCHO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($ 8.064.000.00)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE ACTA DE INICIOHASTA EL 22 DE DICIEMBRE 2025
VALOR ADICIÓN:	N/A
NUMERO Y FECHA RP	N/A
NUMERO Y FECHA RP	N/A
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	OCHO MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL PESOS MCTE ($ 8.064.000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN:	A PARTIR DE LA SUSCRIPCION DE ACTA DE INICIOHASTA EL 22 DE DICIEMBRE 2025
No. DE PROYECTO	20240055001183
PERIODO QUE SE CANCELA:	**01 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025**

El suscrito supervisor designado del contrato en mención, **CERTIFICA,** que he recibido a entera satisfacción el **TERCER (3) pago** según informe unificado de ejecución contractual donde se evidencia el cumplimiento del contrato de prestación de los servicios prestados, de igual manera certifico que se verificó el pago al Sistema General de Seguridad Social del mes de **01 AL 30 DE NOVIEMBRE 2025** en cumplimiento al parágrafo 4º del artículo 24 del Decreto Ley 2106 de 2019, expedientes que reposarán en la Oficina Asesora de Planeación en los archivos de contratación y ante lo cual **AUTORIZO** el pago por un valor de: ***DOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE ($ 2,688,000***

En constancia se firma el: 01/12/2025

LUZ MARY RAMIREZ DUARTE RAMIREZ
SUBDIRECTORA OPERATIVA A MEDICINA DEPORTIVA

Powered by CamScanner

127

CERTIFICADO DE NO DECLARANTE DE IMPUESTO Y DEPENDIENTE EN LA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Villavicencio, [1] de [***DICIEMBRE***] de [2025]

Yo, ***AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO*** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. ***40.330.170*** de ***VILLAVICENCIO***, dando cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 103 y 383 del Estatuto Tributario, manifiesto expresamente y solo para fines Tributarios bajo gravedad de juramento lo siguiente:

1.- Soy Personal Natural, residente en Colombia	X	NO
2.- Tengo dos (2) o más empleados o contratistas vinculados con esta actividad	SI	X
3.- Soy Declarante sobre el Impuesto sobre la Renta	SI	X

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA Aminta Hidalid Hidalgo. B

AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO

C.C. No. ***40.330.170 V/CIO*** CELULAR: ***3213237111***

Powered by CamScanner