

18/06/2025

2,079,000.00

TIBADUIZA TIBADUIZA HERNANDO

DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/Cte*****

INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE YOPAL
N.I.T. 800.117.801-9
18 de Junio de 2025

COMPROBANTE DE

EGRESO No. TRD_110_11_01

0000805

CODIGO	CONCEPTO	VALOR
24010101	PAGO INFORME ACT No.4 - PERIODO DEL 13 MAY AL 12 JUN 2025 - 57.16% EJE ORIENTAR PROCESO DE INICIACION, FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DEPORTIVO ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA DISCIPLINA DE BOXEO EN RRIO LA CAMPIÑA Y PROVIVIENDA DEL MUNICIPIO DE YOPAL.	2,100,000.00
24362701	Bienes Y Servicios Retención De Impuesto De Industria Y Comercio Por	21,000.00

DOS MILLONES SETENTA Y NUEVE MIL PESOS M/Cte*****

TOTAL

2,079,000.00

CHEQUE No.

BANCO: BANCO CAJA SOCIAL

CUENTA: Cta 24030471647 BCSC - SGP

PAGADO A: TIBADUIZA TIBADUIZA HERNANDO

EFFECTIVO:

C.C/NIT: 1.118.561.63

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

PREPARADO:

REVISADO:

APROBADO:

CONTABILIZADO:

[Signature]

[Signature]

C.C. o NIT.

COMPLEJO DEPORTIVO LOS HOBOS CALLE 24 No 40-14



INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y RECREACION DE YOPAL

Nit. 800.117.801-9

OBLIGACION / ORDEN DE PAGO No. TRD_110_11_0100000653

BENEFICIARIO: TIBADUIZA TIBADUIZA HERNANDO	DOCUMENTO: NIT No.1.118.561.633-8	FECHA / ORDEN: 18/06/2025
REGISTRO NUMERO: 00000075	SOPORTE: CONTRATO	TIPO: CUENTA POR PAGAR
	NUMERO: 00000069	FECHA: 11/02/2025

LA DIRECCION DEL INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACION DE YOPAL IDRY

En uso de sus facultades legales y reglamentarias

O R D E N A

RECONOCER Y AUTORIZAR EL PAGO DE LA PRESENTE CUENTA DE ACUERDO
CON LAS ESPECIFICACIONES QUE SE ESTIPULAN A CONTINUACION:

VIG	CODIGO DE RUBRO	RC	IMPUTACION PRESUPUESTAL	RECURSO / CONVENIO	VALOR ORDENADO
ACT	2.3.2.02.02.009.43.03	0204	Servicio de escuelas deportivas.	SGP Deporte	2,100,000.00

PAGO INFORME ACT No.4 - PERIODO DEL 13 MAY AL 12 JUN 2025 - 57.16% EJECUTADO. ORIENTAR PROCESO DE INICIACION, FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DEPORTIVO A LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA DISCIPLINA DE BOXEO EN EL BARRIO LA CAMPIÑA Y PROVIVIENDA DEL MUNICIPIO DE YOPAL.

CUENTA NUMERO	DEBITO	CREDITO	VALOR TOTAL	2,100,000.00
55050501	2,100,000.00		DEDUCCIONES	
24010101		2,100,000.00	Reteica Activ.Servic.NO Clas BASE:\$ 2,100,000.00	21,000.00
			TOTAL A PAGAR	2,079,000.00

AMERICA ISABEL GALVAN S.
Directora (E) Resol.109_16/06

FIRMA DE BENEFICIARIO
C.C/Nit: _____

INSTITUTO PARA LA DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL (IDRY)

NIT- 800117801-9

(Decreto 1165 de 1996 y 1001 de 1997, Decreto 522 de 2003, Resolución 42 de 2020, Resolución 000167 de 2021)

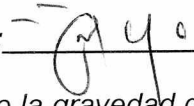
Autorización numeración de facturación documento soporte No. 18764081126860 de fecha 07 de octubre de 2024.

Rango autorizado prefijo DE No. 3001 al 4500 vigencia 24 meses.

FECHA DE RADICACIÓN			(ESPACIO DE USO EXCLUSIVO IDRY) NÚMERO DE CONSECUTIVO (El profesional universitario del área de contabilidad colocará el número consecutivo, en el momento de la causación).
DD	MM	AAAA	
16	06	2025	DE - 4.116

INFORMACIÓN GENERAL	
NÚMERO DEL CONTRATO	IDRY-CD-069-2025 de 11/02/2025
OBJETO	ORIENTAR PROCESO DE INICIACION, FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DEPORTIVO A LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA DISCIPLINA DE BOXEO EN EL BARRIO LA CAMPIÑA Y PROVIVIENDA DEL MUNICIPIO DE YOPAL.
NOMBRE/ RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA	HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA
NIT	1118561633-8
DIRECCION	Calle 34 A Transversal 7 B-28
TELEFONO	324 344 05 34
PERIODO DE COBRO	13-05-2025 AL 12-06-2025
VALOR A COBRAR	DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE (\$ 2.100.000)
% AVANCE DE EJECUCIÓN	57,16%


FIRMA DEL VENDEDOR O DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO

Firma de emisor: 

Nota: Declaro bajo la gravedad de juramento que no soy responsable de IVA y que no estoy obligado a facturar. El presente documento será anexo del formato de Autorización Pago Contratos para trámite de cuenta.

TRD_101_17_07

Ciudad y Fecha: Yopal, 17/06/2025		Número y fecha del Contrato: IDRY-CD-069-2025 del 11-02-2025			
CPSP ☐ CPSAG ☒	Periodo de pago: DE 13/05/2025 A: 12/06/2025		Informe No. 4 de 7		
UNIDAD EJECUTORA: IDRY					
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.					
Nombres y Apellidos del Contratista: HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA		No. de Identificación: 1.118.561.633 DV- 8			
Información tributaria: Responsable de IVA ☐ No responsable de IVA ☒ Régimen ordinario ☐ Régimen especial ☐ No declarante ☐ Régimen simple de tributación ☐ Facturador electrónico ☐ No obligados a facturar ☐					
Fecha de impresión RUT: 19/01/2025					
Objeto del Contrato: ORIENTAR PROCESO DE INICIACION, FORMACION Y PERFECCIONAMIENTO DEPORTIVO A LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA DISCIPLINA DE BOXEO EN EL BARRIO LA CAMPIÑA Y PROVIVIENDA DEL MUNICIPIO DE YOPAL.					
Nombre del Proyecto de Inversión: FORTALECIMIENTO DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACIÓN E INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA PARA EL MUNICIPIO DE YOPAL		CODIGO: BPIN 2024850010052			
Plazo de Ejecución: (7) Siete Meses		Meses Ejecutados: (4) Cuatro Meses			
Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 13/02/2025		Fecha de Terminación: 12/09/2025			
ESTADO FÍSICO :					
Hasta la fecha 12/06/2025 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 57.16%, contra una programada de 100%.del Total. (incluir adicional, si aplica)					
A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)					
Valor Total del Contrato:		\$14.700.000			
Valor Ejecutado a la fecha:		\$ 8.400.000			
Saldo por facturar del Total del Contrato:		\$ 6.300.000			
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)		\$2.100.000 (DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE)			
Saldo a favor del Instituto:		\$			
Forma de Pago: El valor del presente contrato es de CATORCE MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS ML/CTE (\$14.700.000) y se pagará mediante siete (07) pagos mensuales vencidos, cada uno por el valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/CTE. (\$2.100.000.00), previa presentación del informe por parte del contratista, con visto bueno del Supervisor, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia.					
Cuenta bancaria autorizada para Giro:		Tipo: AHORROS			
		No.24123809137			
		Entidad Financiera: BANCO CAJA SOCIAL			
B. Información presupuestal (Diligencie de acuerdo a la información del contrato y/o adicional o prórroga)					
Contrato Inicial	Concepto	Fuente	Número	Fecha	Valor
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal	SGP Deporte	TRD_110_08 00000102	5 de febrero de 2025	\$14.700.000
	Registro Presupuestal	SGP Deporte	TRD_110_45 00000075	11 de febrero de 2025	\$14.700.000
Contrato Adicional y/o Prórroga	Certificado de Disponibilidad Presupuestal				
	Registro Presupuestal				
	Plazo meses y/o días): # Meses y # días.	Fecha Suscripción: dd-mm-aaaa		Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa	

**AUTORIZACIÓN PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**

GCO-FO-26
13/02/2024
V. 01

TRD 101 17 07

C. Información de acta de suspensión, ampliación y reinicio o cesión de contrato (Diligencie si aplica)				
Concepto	Número	Fecha	Tiempo	
Acta de Suspensión		dd-mm-aaaa	# Meses y # días.	
Acta de Ampliación de suspensión		dd-mm-aaaa	# Meses y # días.	
Acta de Reiniciación		dd-mm-aaaa	N.A.	
Cesión de Contrato	C.C Cesionario: xxxxx	Resolución No: xxxxx	Fecha de Registro Contrato: dd-mm-aaaa	Nueva Fecha Terminación Contrato: dd-mm-aaaa

2. INFORMACIÓN RECIBO DE CAJA OFICIAL DE PAGO DE IMPUESTOS, CONTRIBUCIONES Y DERECHOS (Agregue las filas y columnas que requiera)

Contrato Inicial	CONCEPTO	Estampilla Pro Cultura 1%	Estampilla Pro Adulto Mayor 3%:
	Numero de recibo	25235	25235
	Fecha	12/02/2025	12/02/2025
	Valor	\$147.000	\$441.000
Contrato Adicional	Numero de recibo		
	Fecha		
	Valor	\$	\$

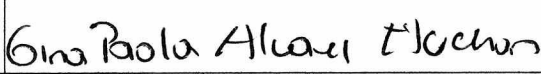
3. PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL. (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

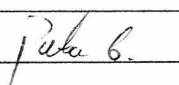
Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	7971394611	\$1.423.500	\$ 178.000	\$ 178.700	MAYO	CAPRESOCA
PENSIÓN	16	7971394611	\$1.423.500	\$ 227.800	\$ 228.700	MAYO	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	II	7971394611	\$15.000	POSITIVA			

A continuación se utiliza cuando aplica la segunda planilla para liquidar:

Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5		\$				
PENSIÓN	16		\$				
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
			\$				

Con fundamento en las leyes, reglas y principios vigentes que rigen los contratos de las entidades estatales, CERTIFICAMOS el cumplimiento de las actividades, la verificación de las planillas que soportan el pago al Sistema de Seguridad Social Integral y las obligaciones en general a cargo del contratista, en consecuencia, firmamos el presente documento, una vez verificada la información contenida y corroborada con los soportes que presenta, y AUTORIZAMOS el respectivo pago.

AUTORIZA	SUPERVISOR
	
AMERICA ISABEL GALVAN SIERRA No. Cedula 47.435.687 Directora (E) mediante Resolución No.109 16/06/2025	GINA PAOLA ALVAREZ MERCHAN No. Cedula 36.068.433 Profesional Universitario Código 219 Grado 01

Revisó: 

Yopal, 16 de junio de 2025

Señores

INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL (IDRY)

Proceso de Gestión Contable

La ciudad

REF. Declaración juramentada para la deducción de la retención en la fuente a personas naturales pertenecientes a la clasificación tributaria "rentas de trabajo" originadas en la modalidad de contrato de prestación de servicios.

Yo, HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA, identificado con C.C. No.: 1.118.561.633 de Yopal-Casanare, por medio de la presente y para dar cumplimiento a la ley 2277 del 2022 y el parágrafo 2 del artículo 383 de estatuto tributario nacional, **CERTIFICO QUE:**

- | | | | | |
|---|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|
| 1. Soy residente fiscal Colombiano. | SI | ☒ | NO | ☐ |
| 2. Mis ingresos percibidos del Instituto para el Deporte y la Recreación de Yopal (IDRY) en el año 2024 corresponden a rentas de trabajo. | SI | ☒ | NO | ☐ |
| 3. Soy responsable de IVA | SI | ☐ | NO | ☒ |

Por lo anterior, solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido entre el 13-05-2025 y el 12-06-2025, en los pagos que me realice el Instituto para el Deporte y la Recreación de Yopal de acuerdo a los siguientes factores:

DESCRIPCIÓN	VALOR
Deducción por intereses préstamos adquisición vivienda o costo financiero leasing habitacional pagados en el año 2024 (Hasta 100 UVT mensuales - \$4.706.500). Art 387 ET-DR 4713/05	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada o seguros de salud. (Hasta 16 UVT mensuales - \$ 753.040). Art 387 ET	\$ 0

Además, Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos, hasta un máximo de 32 UVT mensuales (\$1.506.080) Art 387 ET.

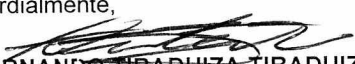
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	EDAD

Adicionalmente solicito se tengan en cuenta los siguientes aportes como rentas exentas, sin exceder el 30% del ingreso laboral y hasta un máximo de 317 UVT mensuales (\$14.919.605).

DESCRIPCIÓN	VALOR
Aportes voluntarios fondos de pensiones	\$0
Aportes en cuentas AFC	\$0

Y finalmente, informo que los servicios del Contrato No IDRY-CD-069-2025 de fecha 11-02-2025 fueron ejecutados en el municipio de Yopal.

Cordialmente,


HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA
 C.C 1.118.561.633 de Yopal



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CÓDIGO MUNICIPIO: TIPO APORTANTE: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: NOMBRE DEPARTAMENTO: CARRERA 20 #24-54 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA: NÚMERO DE PRESENTACIÓN: NÚMERO DE PRESENTACIÓN:	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	7911394611 7911394611 7911394611 7911394611 7911394611 7911394611
NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO	
NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:		MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO MAYO AÑO	

TOTAL APORTES A PENSION									
APORTES VOLUNTARIOS									
CÓDIGO	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS									
CÓDIGO	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
SUBTOTAL:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
APORTES VOLUNTARIOS									
CÓDIGO	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001	23001
SUBTOTAL:									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
SEGURIDAD SOCIAL									
PENSION									
NOVEDADES									
PARAFISCALES									
TOTAL PAGADO:									

TOTAL PAGADO: \$ 422.400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1118561633
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 #24-54	TELÉFONO: 6350000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7971394611	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN: MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1557312394

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL		
		TOTALES
		COTIZANTES
		TOTAL PAGADO

PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 228.700
SUBTOTAL:			1	\$ 228.700

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8918560007	EPSC25	EPSC25-CAPRESOCA EPS	1	\$ 178.700
SUBTOTAL:			1	\$ 178.700

RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 15.000
SUBTOTAL:			1	\$ 15.000

VALOR SIN MORA:	\$ 420.700
VALOR MORA:	\$ 1.700
TOTAL PAGADO:	\$ 422.400



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

HERNANDO TIBADUIZA TIBADUIZA Identificado con CC 1118561633

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina YOPAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24123809137
Fecha de apertura:	7 de Julio de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 12 de Mayo de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva