



SECRETARIA O DEPENDENCIA	INDECHO	PAGO N°	06	PERIODO DE COBRO	DICIEMBRE
CUENTA DE COBRO INSTITUTO DE DEPORTES, LA EDUCACIÓN FÍSICA Y RECREACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ CON NIT: 818.000.923-0 DEBE A:					

1. INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA								
NOMBRE	WILLMAR YAIR HIDALGO MORENO							
C.C	12.020.690							
ACTIVIDAD ECONÓMICA RUT	8552	TIPO DE ACTIVIDAD	NO RESPONSABLE DE IVA					
2. INFORMACION DEL CONTRATO /RAZON DEL COBRO								
CONCEPTO DEL COBRO	Prestación de servicios de enlace departamental como apoyo a la gestión para llevar a cabo el programa deporte + deporte social comunitario en el departamento del chocó.							
AMPARADO EN:								
CONTRATO NO.	074	CDP N°	209	RP N°	491			
FECHA CONTRATO	21/07/2025	FECHA CDP	03/07/2025	FECHA RP	01/09/2025			
3. INFORMACION FINANCIERA								
VALOR A COBRAR EN LETRAS	TRES MILLONES SETECIENTOS CIEN MIL 'PESOS MONEDA CORRIENTE							
VALOR A COBRAR EN NUMERO	\$3'710.000							
ENTIDAD BANCARIA	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	NÚMERO DE CUENTA	53600049514			
FIRMA								
WILLMAR HIDALGO M.								
NOMBRE								
WILLMAR YAIR HIDALGO MORENO								
C.C								
12020690								
DIRECCION								
CRA 10 # 14-87								
CELULAR								
3103820987								

Calle 30 N° 8 - 04 Segundo Piso, Barrio el Silencio
Quibdó - Chocó
Teléfono: (4) 6714976
E - mail: Contacto@indecho.gov.co indecho10@gmail.com



**INFORME FINAL DE PERSONAL CONTRATADO
INSTITUTO DEL DEPORTE, LA EDUCACION FISICA Y LA RECREACION DEL
DEPARTAMENTO DEL CHOCO**

Secretaría o Dependencia:	INDECHO	Pago No:	06	Fecha del Informe:	DICIEMBRE
---------------------------	---------	----------	----	--------------------	-----------

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Nombre:	WILLMAR YAIR HIDALGO MORENO				
Identificación (CC):	12020690				
Correo:	Willyao2912@hotmail.com	Celular	3103820987		

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Objeto del Contrato	AUNAR ESFUERZOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS ENTRE EL INSTITUTO DE DEPORTES EDUCACION FISICA Y RECREACION DEL CHOCO-INDECHO Y EL MINISTERIO DE DEPORTES PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA DEPORTES + EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO VIGENCIA 2025.				
Contrato No.	074	CDP 1 N°:	209	Período a pagar:	Diciembre de 2025
Fecha de suscripción (CDP):	03/07/2025	RP 1 N°:	350	Fecha de iniciación:	21/07/2025
Fecha de terminación:	15/12/2025			Plazo de Ejecución:	30 DIAS
Número de Póliza	N/A				

3. INFORMACION FINANCIERA

Pago y/o desembolso No. 1	Pago y/o desembolso No. 2	Pago y/o desembolso No. 3	Pago y/o desembolso No. 4	Pago y/o desembolso No. 5	Pago y/o desembolso No. 6
\$ 1'236.667	\$3'710.000	\$3'710.000	\$ 3'710.000	\$ 3'710.000	\$ 3'710.000
Pago y/o desembolso No. 7	Pago y/o desembolso No. 8	Pago y/o desembolso No. 9	Pago y/o desembolso No. 10	Pago y/o desembolso No. 11	Pago y/o desembolso No. 12
\$	\$	\$	\$	\$	\$

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	TOTAL PAGADO HONORARIOS
\$19'786.667	\$ 16'076.667

VALOR AUTORIZADO A PAGAR EN LETRAS: M/CTE— TRES MILLONES SETESCIENTOS DIEZ MIL PESOS MONEDA CORRIENTE

VALOR AUTORIZADO A PAGAR EN PESOS: \$ 3'710.000

Calle 30 N° 8 - 04 Segundo Piso, Barrio el Silencio
Quibdó - Chocó
Teléfono: (4) 6714976
E-mail: Contacto@indecho.gov.co indecho10@gmail.com



**INFORME FINAL DE PERSONAL CONTRATADO
INSTITUTO DEL DEPORTE, LA EDUCACION FISICA Y LA RECREACION DEL
DEPARTAMENTO DEL CHOCO**

4. ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES	
OBLIGACIONES Y/O COMPROMISOS DEL CONTRATO	ACCIONES Y/O RESULTADOS
Se Presentaron los informes y/o productos, del contrato, se le dio cumplimiento a las obligaciones del sistemas de seguridad social en salud, pensión, sistema general de riesgos laborales y aportes parafiscales.	Se presentó cada mes el informe técnico mensual en los tiempos programados por el ente nacional en la guía metodológica
Asisti y participe en las actividades o capacitaciones programadas por el GIT Deporte social comunitario del Ministerio del Deporte de manera presencial y/o virtual	Participe activamente en cada una de las capacitaciones o reuniones convocadas por el ministerio del deporte.
Recibí mensualmente, los informes técnicos y sus respectivos soportes de acuerdo con los lineamientos y formatos establecidos por el Ministerio del Deporte y el ente departamental de deporte del choco,	Recibi y anexé al Drive toda la información que los diferentes monitores me suministraban que daba prueba del trabajo que se está realizando en el territorio.
Se llevo el programa a los barrios, zona rural donde se conformaron los grupos de trabajo.	Por medio de los monitores se llevo el programa deporte + a los diferentes barrios y zonas de las comunidades.
Desarrollaron trabajo en red, se hizo la presentación y socialización de programa Deportes+ con el ente municipal, Socializo y divulgo el programa Deportes+ ante autoridades institucionales y comunales, entidades locales, comunidad y medios de comunicación del municipio	Se desarrollo trabajo en red para darle cumplimiento y beneficio del programa a los beneficiarios del mismo.

FIRMA DEL CONTRATISTA

Nombres y Apellidos
C.C #12020690 - QUIBDO

Calle 30 N° 6 - 04 Segundo Piso, Barrio el Silencio
Quibdó - Chocó
Teléfono (4) 6714976
E - mail Contacto@indecho.gov.co indecho10@gmail.com

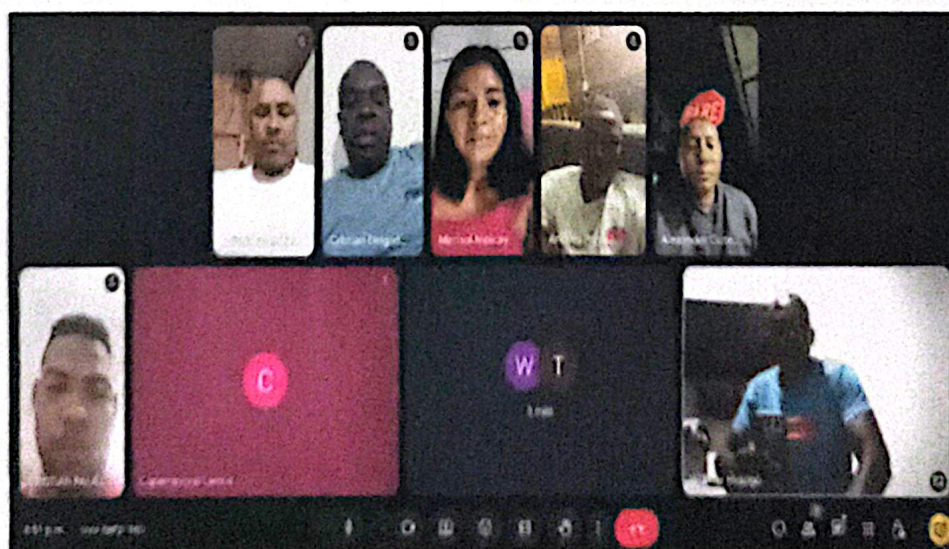
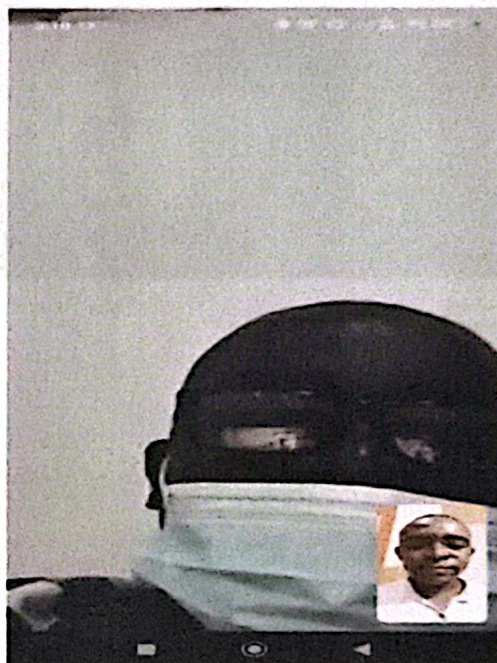
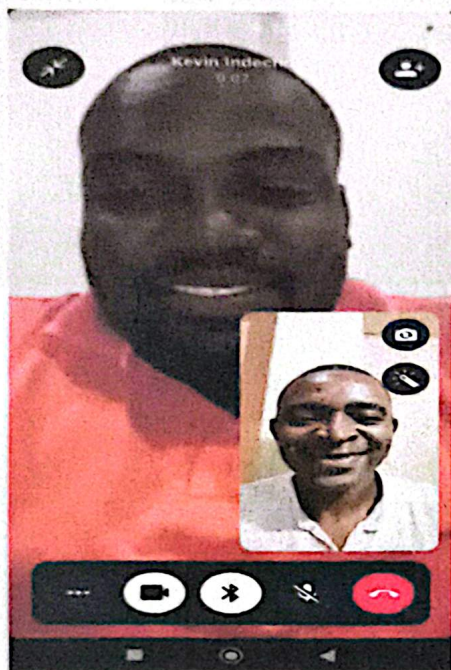


**INFORME FINAL DE PERSONAL CONTRATADO
INSTITUTO DE DEPORTES, LA EDUCACION FISICA Y LA RECREACION DEL DEL
CHOCÓ "INDECHO"**

NOTA: LOS SOPORTES O ANEXOS EN REGISTRO FOTOGRAFICO AL FINAL DEL INFORME.

ANEXOS:

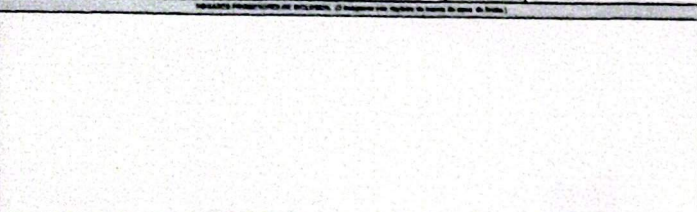
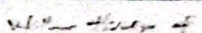
Evidencias – Registro fotografico



Calle 30 N° 8 - 04 Segundo Piso, Barrio el Silencio
Quibdó - Chocó
Teléfono: (4) 6714976
E - mail: Contacto@indecho.gov.co indecho10@gmail.com

Deporte		PROCESO						FORMATO		FOMENTO AL DESARROLLO HUMANO Y SOCIAL		Versión 4 000000-PS-PR-408 Fecha: 20/06/2020						
INFORME TÉCNICO MENSUAL DEPORTE SOCIAL COMUNITARIO																		
Nombre del programa	DEPORTE SOCIAL COMUNITARIO	Departamento	CHOCO	Municipio	CHIRICÓ	Periodo reportado	MAYO 2020		MAYO 2020		MAYO 2020							
Nombre del beneficiario	MILLER VIVIR VIVIR DEL MUNDO	No. Beneficiario	1000000	Grupo	Grupo de desarrollo	Nombre	FOLIO 000000		FOLIO 000000		FOLIO 000000							
Código de identificación	00000000000000000000	Nombre de contacto	PA	Fecha de generación del informe	12 DE DICIEMBRE	Continuación por	Continuación por		Continuación por		Continuación por							
Nombre de la institución beneficiaria	INSTITUCIÓN	Fecha de inicio del proyecto	1/01/2020	Fecha de finalización del proyecto	31/12/2020	Responsable del proyecto	Responsable del proyecto		Responsable del proyecto		Responsable del proyecto							
1. PRÁCTICAS DEPORTIVAS																		
No.	Actividad	Turno, intensidad o hora	Ubicación del juego	Módulo de actividades y tipo de deportes desarrollados según la política deportiva en el año			Número de personas de prácticas deportivas realizadas en el año	Número de personas de deportes en el año	Número de Centros de Integración Educativa (CIE) donde se desarrolló la práctica	Número de días de prácticas deportivas	Total	Por participantes de discapacidad		Por participantes con discapacidad		Total		
				Exclusión	Inclusión	Adaptación						Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Hombres	Mujeres	
1	Fútbol		NA				0	NA	NA	NA	NA							
2	Voleibol		NA				0	NA	NA	NA	NA							
3	Hand		NA				0	NA	NA	NA	NA							
4	Voleibol		NA				0	NA	NA	NA	NA							
SUBTOTAL PERSONAS IMPACTADAS EN PRÁCTICAS DEPORTIVAS REGISTADAS												0	0	0	0	0	0	0
2. HOGARES PROMOTORES DE INCLUSIÓN																		
Hoja	Actividad	Fecha de la Hoja	Número de visita	Descripción de la visita	Por participantes de discapacidad		Por participantes con discapacidad		Total									
					Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Hombres	Mujeres								
Hoja 1				NA						0	0							
Hoja 2				NA						0	0							
Hoja 3				NA						0	0							
Hoja 4				NA						0	0							
Hoja 5				NA						0	0							
SUBTOTAL PERSONAS IMPACTADAS EN HOGARES PROMOTORES DE INCLUSIÓN												0	0	0	0	0	0	
3. CAPACITACIÓN																		
No.	Fecha de capacitación	Actividad	Lugar donde se efectuó la capacitación	Temas de capacitación (temas incluidos)	Nombre de capacitador	Perfil de los participantes	Por participantes de discapacidad		Por participantes con discapacidad		Total							
							Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia	Hombres	Mujeres						
1	14/05/2020	Oficina	Oficina		SE REALIZÓ REUNIÓN CON LOS MONITORES DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO SOBRE ORGANIZACIÓN Y PLAN DE ENTREGA DE LOS 800 GRAMOS DE ALIMENTO QUE DEBEN ESTAR CAPACITADOS ANTES DEL DIA 12 DEL PRÓXIMO MES Y PUEDE FINALIZAR EL PROGRAMA	10 personas	16	3			16	3						
2											0	0						
3											0	0						
SUBTOTAL PERSONAS CAPACITADAS												16	3	0	0	16	3	
4. EVENTOS																		

9. REGISTRO FOTOGRAFICO

CAPTACIÓN (Se ingresan los registros de inicio de hora de trabajo)		ENTRADA (Se ingresan los registros de inicio de hora de trabajo)	
			
Punto de inspección: Lugar: Estado:		Punto de inspección: Lugar: Estado:	
			
Punto de inspección: Lugar: Estado:		Punto de inspección: Lugar: Estado:	
			
FORMA DE IDENTIFICACIÓN DEL BOMBA DEBIDAMENTE COMPROBADA Y VERIFICADA		FORMA DE IDENTIFICACIÓN	
IDENTIFICACIÓN COMPLETA	SEÑAL	NOMBRE COMPLETO	SEÑAL
NOMBRE COMPLETO	SEÑAL	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEÑAL
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEÑAL	CARRO	SEÑAL
CARRO	SEÑAL	TELÉFONO	SEÑAL
TELÉFONO	SEÑAL	CORREO ELECTRÓNICO	SEÑAL
CORREO ELECTRÓNICO	SEÑAL		



Comprobante en línea

Pago PSE

9 Dic 2025 22:22:24



Pago exitoso

CUS 1995114805

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
9 Dic 2025 22:22:24

Referencia 2
CC

Número de factura
7998575529

Referencia 3
12020690

Descripción del pago
**Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafiscales**

Valor del Pago
\$413.300

Número de comprobante
TR2221084805

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4725**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 12020690
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	WILLMAR YAIR HIDALGO MORENO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CR7 N 25 54	TELÉFONO: 6708383
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:	7998575529	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN: MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1995114205

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				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 227.800
SUBTOTAL:					1	\$ 227.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9002267153	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS			1	\$ 178.000
SUBTOTAL:					1	\$ 178.000
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8800111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 7.500
SUBTOTAL:					1	\$ 7.500

VALOR SIN MORA:	\$ 413.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 413.300