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.	255 DE 2026					
Contratista	AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO					
Periodo de Pago	Desde	02/04/2026		Hasta	01/05/2026	
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	
Radicado:			
Verificación y aprobación de archivo		Fecha de verificación	04/05/26
Verificación y aprobación SIA OBSERVA		Fecha de Verificación	

05 MAY 2026

Radicado 1293

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40330170	AMINTA HIDALGO HIDALGO BEJARANO		SAN ANTONIO RESERVADO	3213237111	hidal/2005@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75514298	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL MORA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	1	$0	$517,400	

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	219,000	0		0		0	0	0	0	219,000	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	Protección (ING + Proteccion)	800229739-0	280,200	0	0	0	0	0	0		280,200	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	860903703-5	18,300				18,300	0	0	18,300			183	18,300	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 IOE, LMA, RP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	219,000	219,000
Pensión	1	280,200	280,200
Riesgos Laborales	1	18,300	18,300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	517,400	517,400

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

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
N° DE CONTRATO:	255 DE 2026
CONTRATISTA:	AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO
CC O NIT:	C.C 40.330.170 DE VICIO
NÚMERO Y FECHA DE CDP	112 ENERO 27 DE 2026
NÚMERO Y FECHA DE RP	**329 ENERO 30 DE 2026**
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS ATLETAS EN LOS PROCESOS DE PREPARACIÓN, COMPETENCIA Y RECUPERACIÓN. CON EL FIN DE FORTALECER, OPTIMIZAR EL RENDIMIENTO Y CONTRIBUIR AL LOGRO DE RESULTADOS DE ALTO NIVEL DE LOS DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DEL META.
VALOR INICIAL:	DIECISÉIS MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL PESOS MCTE ($ 16,128.000.00)
PLAZO DE EJECUCIÓN:	SEIS (6) MESES
VALOR ADICIÓN:	N/A
NUMERO Y FECHA RP	N/A
NUMERO Y FECHA RP	N/A
PRORROGA:	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIECISÉIS MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL PESOS MCTE ($ 16,128.000.00)
PLAZO TOTAL DE EJECUCIÓN:	SEIS (6) MESES
No. DE PROYECTO	2024005500183
PERIODO QUE SE CANCELA:	**02 ABRIL AL 01 MAYO 2026**

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 255 de prestación de los servicios prestados, de igual manera certifico que se verificó el pago al Sistema General de Seguridad Social del mes de **ABRIL 2026** en cumplimiento al parágrafo 4° 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: 04/05/2026

LUZ MARY RAMÍREZ DUARTE
CC. 40.388.075 DE Villavicencio
Subdirector Operativo – Adscrito a la subdirección de Medicina Deportiva
SUPERVISOR (A)

Nombre y Apellido	Cargo	Firma
Elaboró: MONICA ALEJANDRA SASTOQUE	Coordinadora CPS 201/2026	
REVISO: LUZ MARY RAIREZ DUARTE	Subdirectora medicina deportiva	

120

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

Villavicencio, [04] de [***MAYO***] de [2026]

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] NO
3.- Soy Declarante sobre el Impuesto sobre la Renta	[ ] SI	[X] NO

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

FIRMA Aminta Hidalid Hidalgo
AMINTA HIDALID HIDALGO BEJARANO
C.C. No. ***40.330.170 V/CIO*** CELULAR: ***3213237111***