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

Dependencia:	DIRECCIÓN GENERAL	Fecha:	25/4/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$9,200,000.00			Valor a Pagar:	$2,300,000.00
Número:	019	Fec. Suscripción:	Ene 26 2026	Fecha de iniciación:	Ene 26 2026
N° CDP:	8	Fecha:	Ene 19 2026	Fecha de terminación:	May 25 2026
N° RP:	37	Fecha:	Ene 26 2026	Duración:	Meses 4 Días 0
Rubro Presupuestal:	Cancha mantenida			Periodo a pagar:	Mar 26 2026 - Abr 25 2026

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:

El pago se realizar una vez radicada la cuenta de cobro, previa presentación de un informe de las actividades realizadas durante el plazo estipulado, dirigido al supervisor del contrato y con su respectiva aprobación, además de la acreditación de los pagos correspondientes a la seguridad social.

El valor total estimado del contrato es la suma de NUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($9.200.000,00) M/CTE; los cuales serán cancelados por IMDERT en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; IMDERT realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS ($2.300.000,00) M/CTE; que se tramitarán mes vencido, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de ejecución dentro de los 5 días siguientes a la radicación de la cuenta de cobro o factura.

El contratista deberá presentar: informe de actividades, recibo a satisfacción expedido por el supervisor del contrato y acreditar el cumplimiento de las obligaciones según o dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 sobre el pago de las obligaciones de seguridad social Integral (Salud, Pensión y ARL), además de ello el cargue de la cuenta de cobro en la plataforma SECOP II y la aprobación de la misma por parte del supervisor

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS**								
Identificación:	Tipo de documento: Cédula	X	Nit.		Número:	9284289-2		DV.	
Dirección:	BRR VILLA CATALINA MZP LT 22								
Número de Teléfono:	0		FAX:			CEL.	3218904843		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**056270205349**	Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **x** Persona Jurídica: Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Abr 25 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: prestacion de servicio de apoyo a las actividades del instituto municipal de deporte y recreacion de turbaco

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			Aportes a Pensión		
Valor pagado	$218,900.00	Periodo MARZO	Valor pagado	$0.00	Periodo MARZO
Comprobante de pago Número:	9502491697		Comprobante de pago Número:	9502491697	
Fecha de pago:	Abr 20 2026		Fecha de pago:	Abr 20 2026	

Aportes a ARL			NOTA:
Valor pagado	$9,200.00	Periodo MARZO	mantenimiento y limpieza del coliseo
Comprobante de pago Número:	9502491697		
Fecha de pago:	Abr 20 2026		

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 autorizo el pago.

APLICACION RETENCION

Anexos: Copia de aporte de pensión **NO** Copia de aporte de salud **SI** Cuenta de Cobro **SI**

FIRMA CONTRATISTA: 40F4E2CB-EEF7-421B-92C5-A17BEEBADFF0

NOMBRE CONTRATISTA: GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS

C.C.: 9284289-2

FIRMA SUPERVISOR 0BFDC1D9-5CF4-4CCA-BBC1-0CA482455ED7

NOMBRE SUPERVISOR: ROVIRO CABRERA GALVIS

CARGO: TESORERO

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

TURBACO, Abr 25 2026

DIRECCIÓN GENERAL

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre Mar 26 2026 - Abr 25 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS
Identificación:	9284289-2

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	019	**Fec. Suscripción:**	Ene 26 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 26 2026
	Duración:		**Meses:** 4	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	May 25 2026
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
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.	mantenimiento y vigilancia del coliseo de boxeo hugo barraza
Apoyo Prestar los servicios de apoyo a la gestión en el marco de la preservación y protección de los espacios dedicados a las actividades deportivas del IMDERT.	manteniemto y lipieza de los baños del coliseo de boxeo
Apoyar en el cuidado y mantenimiento de los espacios y zonas asociados a las áreas de deporte e infraestructura de conformidad con los planes y programas del IMDERT	se realizo mantenimiento y limpieza del ring de boxeo
Las demás obligaciones que sean concertadas en el tránsito de ejecución contractual y que guarden relación con el objeto	mantenimiento de la parte interna y externa del coliseo
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

228699DF-A5E5-4E56-85FE-21BE003FB198

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS**

C. C. : **9284289-2**



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9284289		CASTRO CABARCAS GUSTAVO DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SANTA LUCIA	CARTAGENA-BOLIVAR	6611489	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93004353	9502491697	I	2026/04/23	2026/04/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$228,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	9284289	CASTRO GUSTAVO		0	$0	$0	EPS002	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9284289		CASTRO CABARCAS GUSTAVO DE JESUS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	SANTA LUCIA	CARTAGENA-BOLIVAR	6611489	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	93004353	9502491697	I	2026/04/23	2026/04/20	BANCO DE OCCIDENTE	0	$228,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
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	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$228,100**	**$0**	**$0**	**$228,100**

ALCALDIA DE TURBACO

890481149-0

RECIBO DE CAJA

DOCUMENTO	236
	FECHA 18/02/2026
TIPO RECIBO	01 ESTAMPILLA PROHOSPITAL
CLIENTE	9284289 GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS
BANCO	11100600515 - Davivienda PRO-HOSPITAL UNIVERSIDAD 56500123361
NOTA	PAGO CORRESPONDIENTE A LA ESTAMPILLA PRO HOSPITAL CONTRATO 019-2026 PRESTACIÓN DE SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN EL INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACIÓN TRANS. 304724

CONCEPTO	NOMBRE	VALOR
001	ESTAMPILLA PROHOSPITAL	93,000.00
	TOTAL	**93,000.00**
NOVENTA Y TRES MIL PESOS CON 0/100.-CENTAVOS MCTE		

Observaciones:

Elaborado	Revisado	Aprobado

Usuario EDUARDO ENRIQUE PUELLO QUINTANA

Fec.Impresión 20/02/2026 10:56 a. m.

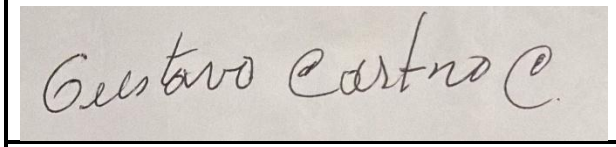
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 03 PERÍODO: 26 de marzo a 25 abril de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO: APOYO Y GESTIÓN AL INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO	
TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**
No. CONTRATO Y FECHA	**CPS- 019 2026**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**GUSTAVO DE JESÚS CASTRO CABARCAS**
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**9.284.289**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**4 meses**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$ 9.200.000**
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**$2.300.000**
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	
FECHA ACTA DE INICIO	**26 DE ENERO DE 2026**
PRÓRROGA1	**N/A**
ADICIÓN	**N/A**
SUSPENSIÓN	**N/A**

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**25 de mayo del 2026**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO

OBLIGACIONES	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN 1:.	Apoyo Prestar los servicios de apoyo a la gestión en el marco de la preservación y protección de los espacios dedicados a las actividades deportivas del IMDERT.	Se realizo Mantenimiento y limpieza de baños del coliseo de boxeo	Ubicación Evidencia 1: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 2:	Apoyar en el cuidado y mantenimiento de los espacios y zonas asociados a las áreas de deporte e infraestructura de conformidad con los planes y programas del IMDERT	Se realizo mantenimiento y limpieza del ring de boxeo	Ubicación Evidencia 2: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 3:	Las demás obligaciones que sean concertadas en el tránsito de ejecución contractual y que guarden relación con el objeto	Se realizo mantenimiento y limpieza de la zona externa del coliseo de boxeo	Ubicación Evidencia 3: Al final de este documento
INFORMACIÓN ADICIONAL			

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL:	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE SALUD**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PAGO DE ARL**	**NOMBRE DE LA EMPRESA EN DONDE SE APORTA PENSIÓN**
	SALUD TOTAL EPS	ARL positiva	N/A

FIRMAS	
	CONTRATISTA
DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	 **Firma:** **Nombre: Gustavo Castro CABARCAS** **Cédula: 9284289**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la	**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

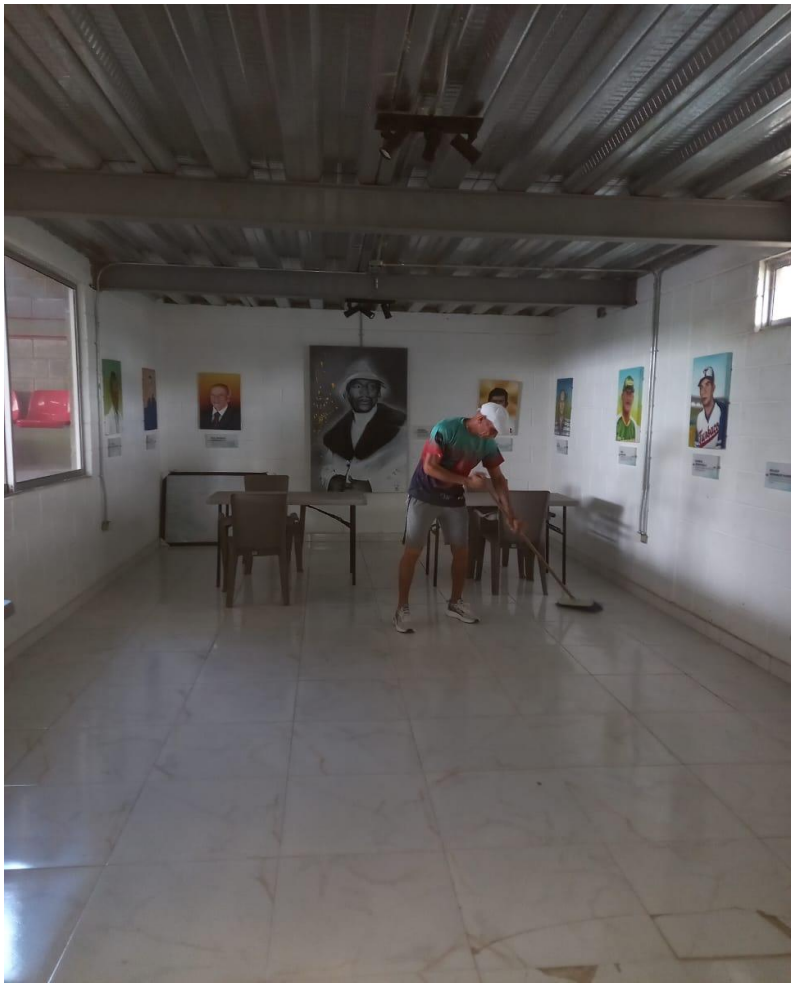
contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**Nombre: ROBIRO CABRERA GALVIS** **Cargo: TESORERO**
	APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE)

*Nota: La columna de productos se diligenciará únicamente para contratos en los aplique la forma de pago contra producto, en los demás casos se eliminará esta columna, o según directriz del supervisor. En lo que respecta a personas naturales, el supervisor del contrato definirá si es o no obligatoria la entrega del informe final de actividades para efectos del último pago.

* Este documento es controlado, por lo cual no se permiten modificaciones.

Evidencias

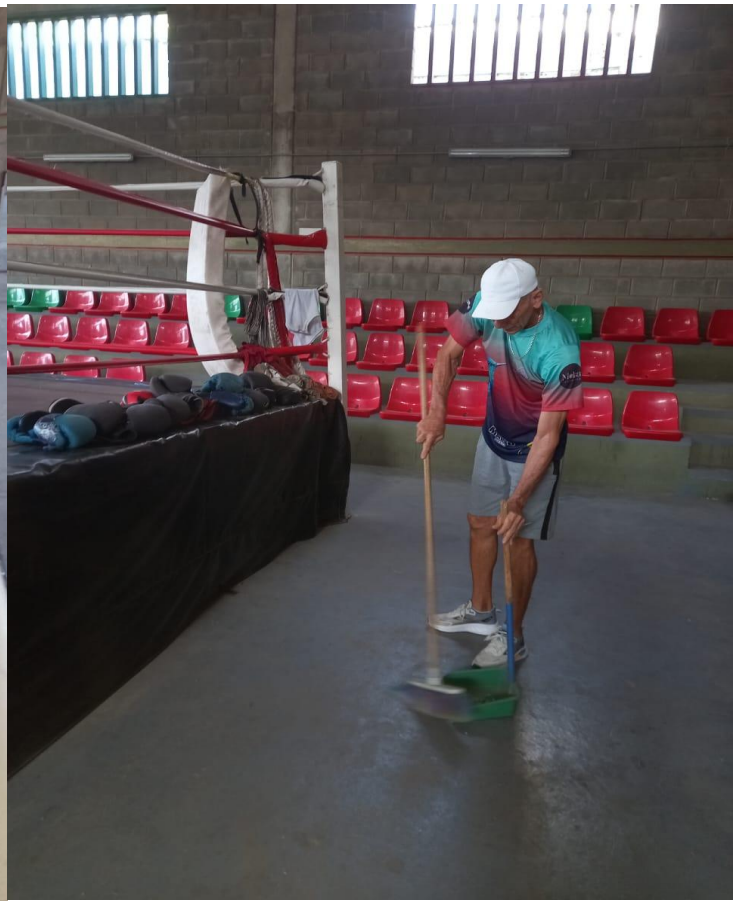


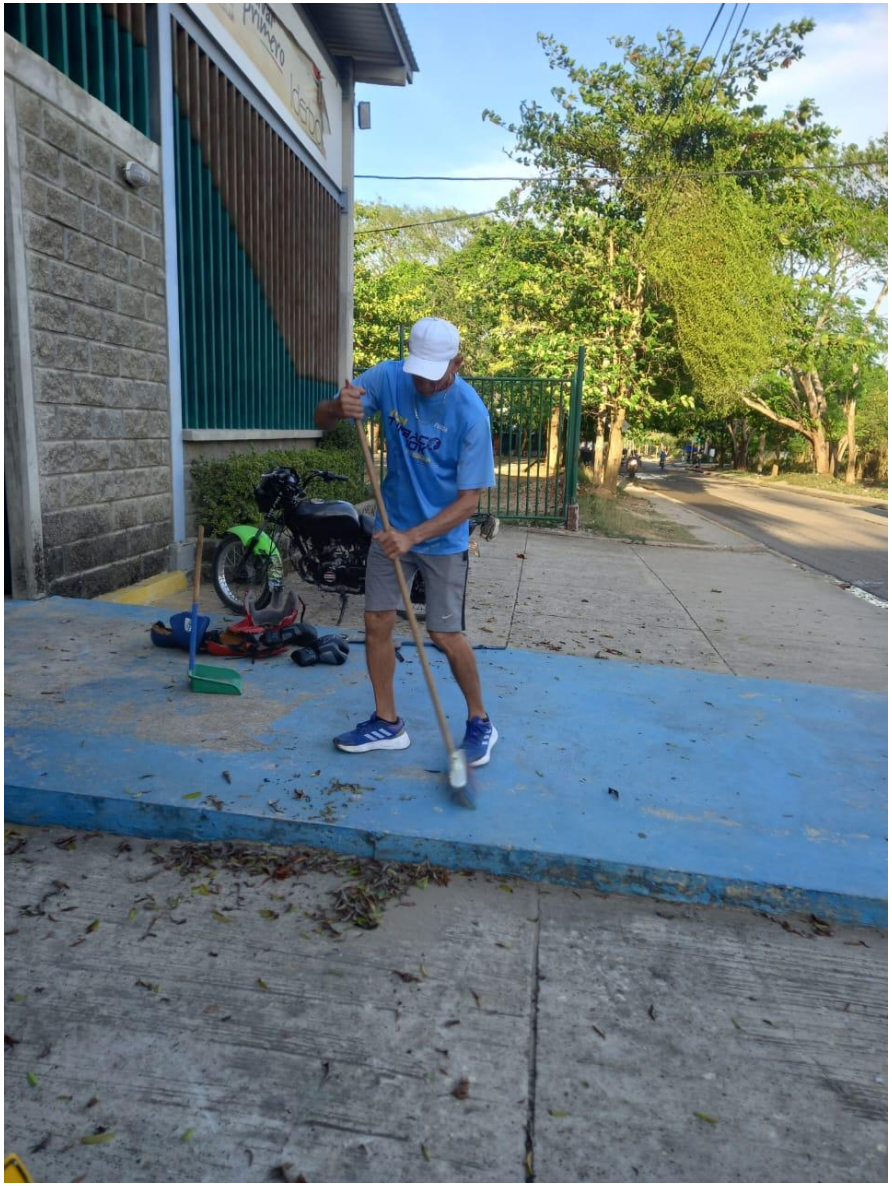












DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

CARTAGENA
COLOMBIA,

14/12/2021

Por medio de la presente hacemos constar que el Señor **GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS** con Cédula de Ciudadanía número 9284289 de TURBACO -BOLIVAR posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS

Número	056270205349
Fecha de Apertura	2017/04/014

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0565 - OFICINA TURBACO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA



CER_AFI_2026021410282

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

GUSTAVO DE JESUS CASTRO CABARCAS identificado con CC. 9284289 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACION DE TURBACO
Tipo y Numero de Documento	NI - 806002997

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/05	**Fecha inicio contrato**	2026/01/26
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/05/25
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3931101 - Gestion de instalaciones deportivas, incluye gestion de instalaciones para eventos deportivos, bajo techo o al
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de marzo del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC04032026G9284289C12226876.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.