

11/06/2026

2,277,000.00

MENDOZA HUERTAS KAREN VANESSA

DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/Cte*****

INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL
N.I.T. 800.117.801-9
11 de Junio de 2026

C O M P R O B A N T E D E

E G R E S O No. TRD_110_11_01

0000783

CODIGO	CONCEPTO	VALOR
24010101	PAGO INFORME ACT No.3 - PERIODO DEL 30 MAR AL 29 ABR 2026 - 50% EJECUT	
24362701	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA M	
	DE BOXEO, PARA LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN EL MUNICI	
	YOPAL COMUNA III.	
	Bienes Y Servicios	2,300,000.00
	Retención De Impuesto De Industria Y Comercio Por	23,000.00

DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL PESOS M/Cte*****

TOTAL

2,277,000.00

CHEQUE No.

EFECTIVO:

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

BANCO: BANCO BBVA

CUENTA: Cta 981-019710 BBVA - SGP Deporte

PAGADO A: MENDOZA HUERTAS KAREN VANESSA

C.C./NIT: 1.006.554.75

PREPARADO:

REVISADO:

APROBADO:

CONTABILIZADO:

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_0100000656

BENEFICIARIO: MENDOZA HUERTAS KAREN VANESSA	DOCUMENTO: NIT No.1.006.554.753-8	FECHA / ORDEN: 26/05/2026
REGISTRO NUMERO: 00000081	SOPORTE: CONTRATO	TIPO: CUENTA POR PAGAR
	NUMERO: 00000071	FECHA: 22/01/2026

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	2,300,000.00

PAGO INFORME ACT No.3 - PERIODO DEL 30 MAR AL 29 ABR 2026 - 50% EJECUTADO. CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA MODALIDAD DE BOXEO, PARA LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN EL MUNICIPIO DE YOPAL COMUNA III. PLANILLA SS ABR 2026.

CUENTA NUMERO	DEBITO	CREDITO	VALOR TOTAL	2,300,000.00
55050501	2,300,000.00		DEDUCCIONES	
24010101		2,300,000.00	Reteica Activ.Servic.NO Clas BASE:\$ 2,300,000.00	23,000.00
			TOTAL A PAGAR	2,277,000.00

EDWIN SÁNCHEZ L.
Director

FIRMA DE BENEFICIARIO
C.C/Nit: _____

TRD_101_17_07

Ciudad y Fecha: Yopal, 21/05/2026		Número y fecha del Contrato: IDRY-CD-071-2026 de 22-01-2026			
CPSP ☐ CPSAG ☒	Periodo de pago: DE 30/03/2026 A: 29/04/2026	Informe No. 3 de 6			
UNIDAD EJECUTORA: IDRY					
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.					
Nombres y Apellidos del Contratista: KAREN VANESSA MENDOZA HUERTAS No. de Identificación: 1006554753 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: 16/12/2025					
Objeto del Contrato: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA MODALIDAD DE BOXEO, PARA LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA DEL IDRY, EN EL MUNICIPIO DE YOPAL, COMUNA III					
Nombre del Proyecto de Inversión: FORTALECIMIENTO DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FÍSICA, LA RECREACIÓN E INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA PARA EL MUNICIPIO DE YOPAL			Código BPIN: 2024850010052		
Plazo de Ejecución: (6) Seis meses		Meses Ejecutados: (3) Tres meses			
Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 30/01/2026		Fecha de Terminación: 29/07/2026			
Estado Físico: Hasta la fecha 29/04/2026 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 50% contra una programada de 100% del Total.					
A. Estado financiero: (incluir adicional, si aplica)					
Valor Total del Contrato:		\$ 13.800.000			
Valor Ejecutado a la fecha:		\$ 6.900.000			
Saldo por facturar del Total del Contrato:		\$ 6.900.000			
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)		\$2.300.000 DOS MILONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE)			
Saldo a favor del Instituto:		\$			
Forma de Pago: El valor del presente contrato es de TRECE MILLONES OCHOCEINTOS MIL PESOS M/CTE (\$13,800,000) y se pagará mediante seis (6) pagos mensuales vencidos, cada uno por un valor de DOS MILONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (2,300,000) previa presentación del informe por parte del contratista con visto bueno del supervisor, con la acreditación que se encuentra al día los pagos de aportes relativos del sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia.					
Cuenta bancaria autorizada para Giro:		Tipo: AHORROS			
		No. 0550286000254404			
		Entidad Financiera: DAVIVIENDA			
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_0800 000036	17 de enero de 2026	\$ 27.600.000
	Registro Presupuestal	SGP DEPORTE	TRD_110_4500 000081	22 de enero de 2026	\$ 13.800.000
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		
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.	

TRD 101 17 07

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	26246	26246
	Fecha	22/01/2026	22/01/2026
	Valor	\$138.000	\$414.000
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	6016441910	\$1.750.905	\$ 218.900	\$ 220.000	ABRIL	NUEVA EPS
PENSIÓN	16	6016441910	\$1.750.905	\$ 280.200	\$ 281.700	ABRIL	PORVENIR
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
	II	6016441910	\$ 18.400	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							
PENSIÓN							
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

EDWIN SANCHEZ LEAL
No. Cedula: 79.788.278
Director
Decreto Nombramiento 002 del 01/01/2024

GINA PAOLA ALVAREZ MERCHAN
No. Cedula 36.068.433
Profesional Universitario Código 219 Grado 01

Revisó: *[Firma]*

Yopal, 21 días del mes de mayo de 2026

Señores:

INSTITUTO PARA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN DE YOPAL (IDRY)
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Ciudad

Por medio de la presente para dar cumplimiento a la Ley 2277 de 2022 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

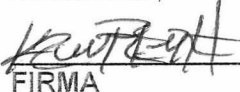
1. Soy residente fiscal Colombiano: SI ☒ NO ☐
2. Soy responsable del IVA SI ☐ NO ☒
3. Soy pensionado Según Resolución: Anexo copia SI ☐ NO ☒
4. Para efectos de Disminuir la base de retención en la fuente a título de renta Art. 387 del Estatuto Tributario sobre mis honorarios me permito adjuntar los siguientes documentos:

	DEDUCCIONES Y/O RENTAS EXENTAS	ANEXOS		No. FOLIOS
		SI	NO	
A.	Certificado en original o copia legible de pagos efectuados por empresas de medicina prepagada o seguros en salud durante el año 2025 (cónyuge, hijos y/o dependientes) Anexo Certificación por valor de:			
	\$			
B.	Certificado en original o copia legible de los intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda durante el año 2025 (Anexo Certificación) por valor de:			
	\$			
C.	Deducción por dependientes Art. 387 ET Anexo formato			
D.	Certificado de la cuenta Bancaria para ahorro AFC			
E.	Certificado de aportes voluntarios fondo de pensiones			

5. No hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato No IDRY-CD-071-2026 de 22/01/2026 suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

Atentamente,


FIRMA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: KAREN VANESSA MENDOZA HUERTAS

C.C. No: 1006554753

Teléfono: 322 336 20 52

No. CONTRATO: IDRY-CD-071-2026 de 22/01/2026



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1006554753	NÚMERO PLANILLA:	6016441910	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	KAREN VANESSA MENDOZA HUERTAS	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS:	2026	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
Ciudad/Municipio:	CALLE 24 NO 23 32	Teléfono:	CASANARE	DÍAS DE MORA:	7	MES:	abril AÑO
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	3000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	324875855
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXCENRADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO			

TOTAL APORTES A PENSIÓN											
ADMINISTRADORA			APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.500	\$ 0	\$ 280.200	\$ 281.700
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 281.700

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS011	NUEVA EPS CM	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 218.900	\$ 1.100	\$ 0	\$ 220.000	
SUBTOTALES:											\$ 218.900		\$ 1.100		\$ 0		\$ 220.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 18.300	\$ 18.300	\$ 100	\$ 18.400
SUBTOTALES:										\$ 18.300	\$ 18.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES											
DATOS DEL COTIZANTE				NOVECADES							
IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRAJERGO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	IDE	OTR
CC 1006554753	MENDOZA KAREN VANESSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.750.905		NO					
PENSIÓN											
				FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL		TOTAL APORTE	
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO				
				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal		\$ 280.200	
SEGURIDAD SOCIAL											
				SALUD		ARP		PARAFISCALES			
				ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	ADMIN	IBCF	COTIZACIÓN	VALOR ADRES
				\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0
PARAFISCALES											
				CENTRO DE TRABAJO		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE	
				ADMIN	IBCF	ADMIN	IBCF	ADMIN	IBCF	ADMIN	IBCF
				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 520.100



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**YOPAL,
CASANARE,
COLOMBIA,
A quien interese**

21/05/2026 ✓

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor KAREN MENDOZA HUERTAS**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1006554753**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550286000254404
Fecha de apertura	25/10/2022

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA