	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:	27/6/2026

ACTO ADMINISTRATIVO

DATOS DEL CONTRATO

Valor Contrato:	$15,750,000.00			Valor a Pagar:	$2,625,000.00
Número:	040 CDPS NO. 040 DEL 2026 -1	Fec. Suscripción:	Ene 28 2026	Fecha de iniciación:	Ene 28 2026
N° CDP:	7 - 15	Fecha:	Ene 14 2026 - May 27 2026	Fecha de terminación:	Jul 27 2026
N° RP:	43 - 83	Fecha:	Ene 28 2026 - May 29 2026	Duración:	Meses 6 Días 0
Rubro Presupuestal:	"Otros servicios profesionales, tecnicos n.c.p." - "Otros servicios profesionales, tecnicos n.c.p."			Periodo a pagar:	May 28 2026 - Jun 27 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 DIEZ MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($10.500.000) M/CTE; los cuales serán cancelados por IMDERT en calidad de honorarios y será el único emolumento por los servicios prestados; IMDERT realizará el pago del valor del contrato en cuotas parciales mensuales de DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS ($ 2.625.000) 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

INFORMACION BASICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	**ELIZABETH VILLAREAL MEDINA**								
Identificación:	Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.		Número:	33283509-0	DV.	
Dirección:	0								
Número de Teléfono:	0	FAX:				CEL.	0		
Clase y número de cuenta:	Corriente:		Ahorros	**X**	Número:	**0**	Banco:	**N.A.**	
ASPECTOS TRIBUTARIOS	Marque con "X"	Persona Natural:	**X**	Persona Jurídica:		Regimen: **N.A.**			
		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: Jun 27 2026

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: CUMPLI CON LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$221,400.00	Periodo MAYO	Valor pagado	$0.00	Periodo MAYO
Comprobante de pago Número:	9504889139		Comprobante de pago Número:	9504889139	
Fecha de pago:	Jun 18 2026		Fecha de pago:	Jun 18 2026	

Aportes a ARL			**NOTA:**
Valor pagado	$9,400.00	Periodo MAYO	
Comprobante de pago Número:	9504889139		
Fecha de pago:	Jun 18 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: 77CB06CE-66B5-4CAB-AB2B-5A049A124B85

NOMBRE CONTRATISTA: ELIZABETH VILLAREAL MEDINA

C.C.: 33283509-0

FIRMA SUPERVISOR 9C1AA37E-9490-49D6-9539-E0542F837C32

NOMBRE SUPERVISOR: Jaime Reinaldo de Ávila Caraballo

CARGO: TESORERO

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

TURBACO, Jun 27 2026

DIRECCIÓN GENERAL

INFORME DE ACTIVIDADES

En cumplimiento del objeto del Contrato referenciado, he desarrollado durante el período comprendido entre May 28 2026 - Jun 27 2026, las siguientes actividades relacionadas con el objeto contractual:

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA

Nombre:	ELIZABETH VILLAREAL MEDINA
Identificación:	33283509-0

DESCRIPCIÓN CONTRACTUAL

DATOS DE CONTRATO:	**Número:**	040 CDPS NO. 040 DEL 2026 -1	**Fec. Suscripción:**	Ene 28 2026	**Fecha de iniciación:**	Ene 28 2026
	Duración:		**Meses:** 6	**Días:** 0	**Fecha de terminación:**	Jul 27 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
1) Apoyar las gestiones administrativas del Instituto Municipal del Deporte y Recreación de Turbaco, en los diferentes procesos administrativos requeridos para su correcto funcionamiento. **2) Apoyar, contribuir y participar en las acciones, labores y actividades para el mejoramiento continuo del IMDERT.** **3) Proyectar y revisar el contenido de los documentos que le sean asignados por el supervisor.**	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL INSTITUTO MUNICIPAL DEL DEPORTE Y RECREACIÓN DE TURBACO.
Final de las obligaciones contractuales.	**Final de las actividades ejecutadas.**

B68FCB4B-9272-48FF-BD16-CF9CA2340BD1

FIRMA DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **ELIZABETH VILLAREAL MEDINA**

C. C. : **33283509-0**

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 33283509		VILLARREAL MEDINA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URBANIZACION MALIBU MZ A LOTE 3	TURBACO-BOLIVAR	6556372	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	37576646	9504889139	I	2026/06/03	2026/06/18	BANCO DE OCCIDENTE	15	$230,800

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: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	33283509	VILLARREAL ELIZABETH	0	$0	$0	ESSC07	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 33283509		VILLARREAL MEDINA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URBANIZACION MALIBU MZ A LOTE 3	TURBACO-BOLIVAR	6556372	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	37576646	9504889139	I	2026/06/03	2026/06/18	BANCO DE OCCIDENTE	15	$230,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$200	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$200	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,500	$0	$221,400
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$218,900	$2,500	$0	$221,400
TOTAL				**1**	**$228,100**	**$2,700**	**$0**	**$230,800**

ALCALDIA DE TURBACO

890481149-0

RECIBO DE CAJA

DOCUMENTO	743	**FECHA** 22/06/2026
TIPO RECIBO	01 ESTAMPILLA PROHOSPITAL	
CLIENTE	33283509 ELIZABETH VILLARREAL MEDINA	
BANCO	11100600515 - Davivienda PRO-HOSPITAL UNIVERSIDAD 56500123361	
NOTA	PAGO CORRESPONDIENTE A LA ESTAMPÍLLA PRO HOSPITAL OTROSI N. 1 CONTRATO 040-2026 TRANS. 590568	

CONCEPTO	NOMBRE	VALOR
001	ESTAMPILLA PROHOSPITAL	52,500.00
	TOTAL	**52,500.00**
CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS CON 0/100.-CENTAVOS MCTE		

Observaciones:

Elaborado	Revisado	Aprobado

Powered by CamScanner

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES No 05 PERÍODO: 28 de mayo al 27 de junio de 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN**
No. CONTRATO Y FECHA	**no. 40 DEL 28 DE ENERO DE 2026 con no. CDP 7**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ELIZABETH VILLARREAL MEDINA**
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	**33283509**
PLAZO DE EJECUCIÓN	**4 MESES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	**$10.500.000,00**
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	**$2.625.000,00**
No. DEL PROYECTO (IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL)	
FECHA ACTA DE INICIO	**28 DE ENERO DE 2026**
PRÓRROGA1	**2 MESES**
ADICIÓN	**5.250.000**
SUSPENSIÓN	**N/A**

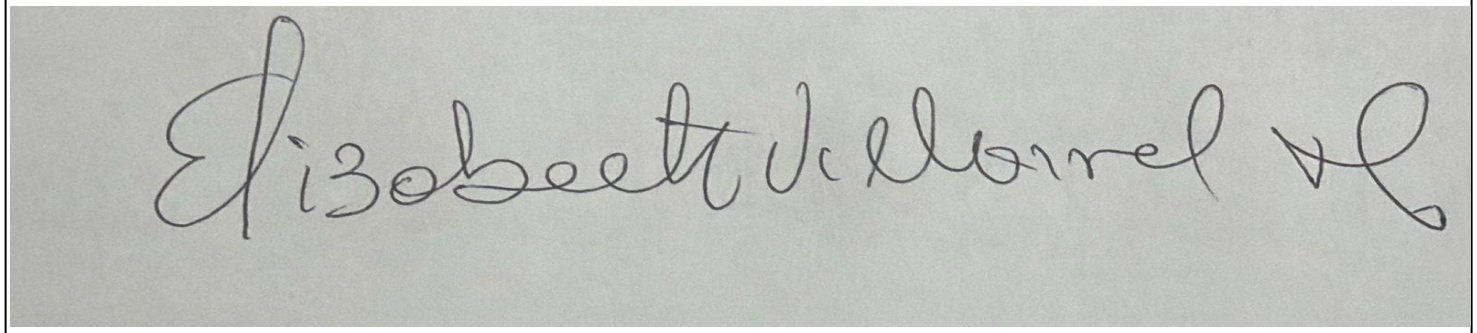
[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prorroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS Y SUSPENSIONES)	**27 DE JULIO DE 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	ACTIVIDAD	PRODUCTOS	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
OBLIGACIÓN 1:	Apoyo en la gestión de espacio	Se brindó el apoyo en la gestión y organización de archivos del IMDERT.	Ubicación Evidencia 1: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 2:	acompañamiento en reuniones y eventos del IMDERT	Se realizaron varios acompañamientos en eventos y reuniones del IMDERT para el fortalecimiento de la gestión institucional.	Ubicación Evidencia 2: Al final de este documento
OBLIGACIÓN 3:	atender las solicitudes asignadas por el supervisor del contrato.	Cumplimiento de solicitudes que delegó el supervisor, garantizando eficiencia en el trabajo.	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**
	MUTUAL SER	ARL POSITIVA	

FIRMAS

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.	**CONTRATISTA**  **Firma:** **Nombre: Elizabeth Villarreal medina** **Cédula: 33283509**
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O	**SUPERVISOR/INTERVENTOR**

INTERVENTOR: Una vez verificado los soportes allegados por el contratista	

manifiesto que el/la contratista ha cumplido a la fecha con las obligaciones establecidas en el contrato.	**Nombre: JAIME REINALDO DE AVILA CARABALLO** **CC. 1.128.057.958** **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:

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



EVIDENCIA 3



EVIDENCIA 4



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A

CERTIFICA:

Que la Señora **ELIZABETH VILLARREAL MEDINA** identificada con CC No 33283509 tiene con el Banco los siguientes productos:

Cuenta de Ahorros	No **056500179116**
Fecha de Apertura	25/04/2025

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Turbaco, a los 25 días del mes de abril de 2025.

DAVIVIENDA
0565 - OFICINA TURBACO

FIRMA AUTORIZADA

Oficina Turbaco
Informadora Comercial

VDIAZ/0565

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Powered by CamScanner

CER_AFI_2026021590882

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Elizabeth Villarreal Medina identificado con CC. 33283509 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO			
Fecha de inicio de cobertura	2026/03/06	**Código de ocupación**	12522
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	Administrador de sistemas, redes, equipos informaticos, consultor de tecnologia, analista de infraestructura y sistemas.
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activa

Esta certificación se expide a los 5 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: **CC05032026E33283509V12403764.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

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