

30/06/2026

2,277,000.00

TORRES MORALES JASMIN

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

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

COMPROBANTE DE

EGRESO No. TRD_110_11_01 0000924

CODIGO	CONCEPTO	VALOR
	PAGO INFORME ACT No.4 - PERIODO DEL 29 ABR AL 28 MAY 2026 - 66.66% EJE PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA MODALIDAD DE JU- PARA LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA COMUNA I, DEL MU DE YOPAL.	
24010101	Bienes Y Servicios	2,300,000.00
24362701	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.
BANCO: BANCO BBVA
CUENTA: Cta 981-019709 BBVA - Tasa Prodeporte
PAGADO A: TORRES MORALES JASMIN

EFECTIVO:

FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

C.C./NIT: 1.115.858.84

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_0100000828

BENEFICIARIO: TORRES MORALES JASMIN	DOCUMENTO: NIT No.1.115.858.843-3	FECHA / ORDEN: 23/06/2026
REGISTRO NUMERO: 00000165	SOPORTE: CONTRATO	TIPO: CUENTA POR PAGAR
	NUMERO: 00000169	FECHA: 26/01/2026

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	2.3.2.02.02.009.43.02	0106	Servicios de escuelas deportivas	Tasa prodeporte y	2,300,000.00

PAGO INFORME ACT No.4 - PERIODO DEL 29 ABR AL 28 MAY 2026 - 66.66% EJECUTADO. PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA MODALIDAD DE JU-JITSU PARA LA ESCUELA DE FORMACION DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA COMUNA I, DEL MUNICIPIO DE YOPAL. PLANILLA SS MAY 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, 18/06/2026	Número y fecha del Contrato: IDRY-CD-169-2026 de 26 de enero de 2026				
CPSP ☐ CPSAG ☒ Periodo de pago: DE 29/04/2026 A: 28/05/2026	Informe No. 4 de 6				
UNIDAD EJECUTORA: (IDRY – SUBDIRECCION TECNICA – ESCUELAS DE FORMACION DEPORTIVA)					
1. INFORMACIÓN CONTRATISTA Y DEL CONTRATO.					
Nombres y Apellidos del Contratista: JASMIN TORRES MORALES No. de Identificación: 1.115.858.843 DV- 3					
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: 06/01/2026					
Objeto del Contrato: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ENTRENADOR DEPORTIVO EN LA MODALIDAD DE JU JITSU, PARA LA ESCUELA DE FORMACIÓN DEPORTIVA DEL IDRY, EN LA COMUNA I DEL MUNICIPIO DE YOPAL					
Nombre del Proyecto de Inversión: FORTALECIMIENTO DEL DEPORTE, LA ACTIVIDAD FISICA, LA RECREACIÓN E INFRAESTRUCTURA PARA EL MUNICIPIO DE YOPAL	Código BPIN: 2024850010052				
Plazo de Ejecución: (6) seis Meses	Meses Ejecutados: (4) cuatro Meses				
Fecha de suscripción del Acta de Inicio : 29/01/2026	Fecha de Terminación: 28/07/2026 (incluir adicional, si aplica)				
Estado Físico: Hasta la fecha 28/05/2026 El Contrato de Prestación de Servicios presenta una ejecución mensual del 66,66% 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:	\$ 9.200.000				
Saldo por facturar del Total del Contrato:	\$ 4.600.000				
Valor a pagar según plan de pagos del SECOP II (Valor en número y letras)	\$DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$2.300.000)				
Saldo a favor del Instituto:	\$				
Forma de Pago (Diligencie según minuta): El valor del presente contrato es de TRECE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MCTE (\$13.800.000) y se pagará mediante seis (06) pagos mensuales vencidos, cada uno por el valor de DOS MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS MCTE. (\$2.300.000.00), previa presentación del informe por parte del contratista, con visto bueno del Supervisor, la acreditación que se encuentra al día en el pago de aportes relativos al sistema de seguridad social integral de conformidad con las normas que rigen la materia.					
Cuenta bancaria autorizada para Giro:	Tipo: Ahorro No. 646553388 Entidad Financiera: Banco de bogota				
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	Tasa pro Deporte y recreación	TRD_110_0800000062	22 de enero de 2026	\$13.800.000
	Registro Presupuestal	Tasa pro Deporte y recreación	TRD_110_4500000165	27 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	26374	26374
	Fecha	26/01/2026	26/01/2026
	Valor	\$ 138.000	\$ 414.000
Contrato Adicional	Numero de recibo		
	Fecha		
	Valor	\$	\$

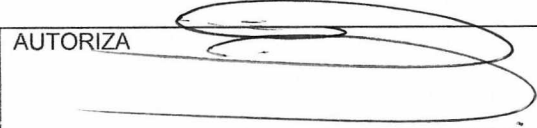
3. PAGOS DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL. (Diligenciar las casillas que apliquen y anexar planillas del sistema de seguridad social integral)

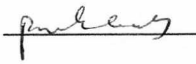
Concepto	% Liquidación	No. Planilla	Ingreso Base Cotización	Cotización Obligatoria	Valor Cancelado	Mes Cancelado	Entidad
SALUD	12.5	77583730	2.288.905	286.200	286.200	Mayo	Sanitas
PENSIÓN	16	77583730	2.288.905	366.300	366.300	Mayo	Porvenir
ARL	Nivel Riesgo:	No. Planilla:	Valor cancelado:	Entidad:			
		77583730	55.800	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	12.5		\$				
PENSIÓN	16		\$				
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 L. SANCHEZ LEAL No. Cedula 79.788.278 Director IDRY	GINA PAOLA ALVAREZ MERCHAN No. Cedula 36.068.433 Profesional Universitario Código 219 Grado 1

Revisó: 

Yopal, 18 días del mes de junio 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-169-2026 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: Jasmin Torres Morales

C.C. No: 1.115.858.843

Teléfono: 3214044283

No. CONTRATO: IDRY-CD-169-2026

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115858843	JASMIN TORRES MORALES	VEREDA PORVENIR	3214044283	ladoc1993@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77583730	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$708.300	

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Exención	Cotiz. anterior	Exención	ING	RET	TAE	TAE	DWP	UPE	VET	BLA	US	LVA	VAC	AVP	VOT	RL	CONSEJO	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC 1115858843	TORRES MORALES JASMIN	57	0			N							X									230301	2.288.905	30	366.300	0	0	0	0	EPS005	2.288.905	30	286.200	14-23	2.288.905	30	3	55.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1115858843	JASMIN TORRES MORALES	VEREDA PORVENIR	3214044283	ladoc1993@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77583730	19/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$708.300	

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	286.200	0		0		0	0	0	0	286.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	366.300	0	0	0	0	0	0		366.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	55.800				55.800	0	0	55.800			558	55.800	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				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	286.200	286.200 ✓
Pensión	1	366.300	366.300 ✓
Riesgos Laborales	1	55.800	55.800 ✓
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	708.300	708.300



Nº 980 002 984 4
Calle 26 Nº 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JASMIN TORRES MORALES, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.115.858.843 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 646553388, abierta/o desde el 26/8/2015.

Se expide en Bogotá el día 26 del mes de Mayo del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO