

		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018																																																			
Dependencia:		JURIDICA				Fecha: 5/8/2021																																																			
ACTO ADMINISTRATIVO																																																									
DATOS DEL CONTRATO	Valor Contrato:		\$36,000,000.00		Valor a Pagar:		\$4,000,000.00																																																		
	Número:	008-2021	Fec. Suscripción:	Ene 12 2021	Fecha de iniciación:	Ene 12 2021																																																			
	N° CDP:	1	Fecha:	Ene 8 2021	Fecha de terminación:	Oct 11 2021																																																			
	N° RP:	8	Fecha:	Ene 12 2021	Duración:	Meses 9	Días 0																																																		
	Rubro Presupuestal:	Remuneración Servicios Técnicos			Periodo a pagar:	Jun 12 2021 - Jul 11 2021																																																			
	Requiere Informe:	SI	Entregó Informe:	SI	Suspensión No.:	En tiempo:	Prorroga No.:	En tiempo:																																																	
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestación de servicios profesionales como Abogado para apoyar las actividades propias de la oficina asesora jurídica del INSTITUTO DISTRITAL DE DEPORTE Y RECREACION- IDER																																																							
FORMA DE PAGO:		EL IDER pagará al CONTRATISTA el valor del contrato mediante nueve (09) pagos iguales por valor de CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE (\$4.000.000.00) IVA INCLUIDO, que se tramitarán mes vencido, el pago se efectuará previa presentación de la documentación que exija para tal efecto el área administrativa y financiera del IDER, acompañada de la certificación de servicios prestados, suscrita por el supervisor, en la cual deberá constar que el contratista se encuentra a paz y salvo por los conceptos correspondientes a Seguridad Social Integral.																																																							
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA																																																									
Nombre:		MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO																																																							
Identificación:		Tipo de documento:	Cédula	X	Nit.	Número:	33354715-7																																																		
Dirección:		BRR PLAN PAREJO CLL 29 URB VILLA FLORIDA CA 1																																																							
Número de Teléfono:		3003737097		FAX:	CEL.	3003737097																																																			
Clase y número de cuenta:		Corriente:	Ahorros:	X	Número:	0570056670189325	Banco:																																																		
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural:	X	Persona Jurídica:	Regimen: SIMPLIFICADO																																																		
		Gran Contribuyente:		Autoretenedor:	NO:																																																				
		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: Ago 5 2021																																																		
		Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: SIN OBSERVACIONES																																																							
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Aportes a Salud</th> <th colspan="3">Aportes a Pensión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$235,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>JUNIO</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$300,800.00</td> <td>Periodo</td> <td>JUNIO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">9422321373</td> <td></td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">9422321373</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jul 28 2021</td> <td></td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jul 28 2021</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="3">Aportes a ARL</th> <th colspan="4">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$9,900.00</td> <td>Periodo</td> <td>JUNIO</td> <td colspan="3" rowspan="3">SIN OBSERVACIONES</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="2">9422321373</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="2">Jul 28 2021</td> </tr> </tbody> </table>						Aportes a Salud			Aportes a Pensión			Valor pagado	\$235,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	\$300,800.00	Periodo	JUNIO	Comprobante de pago Número:	9422321373			Comprobante de pago Número:	9422321373			Fecha de pago:	Jul 28 2021			Fecha de pago:	Jul 28 2021			Aportes a ARL			NOTA:				Valor pagado	\$9,900.00	Periodo	JUNIO	SIN OBSERVACIONES			Comprobante de pago Número:	9422321373		Fecha de pago:	Jul 28 2021	
Aportes a Salud			Aportes a Pensión																																																						
Valor pagado	\$235,000.00	Periodo	JUNIO	Valor pagado	\$300,800.00	Periodo	JUNIO																																																		
Comprobante de pago Número:	9422321373			Comprobante de pago Número:	9422321373																																																				
Fecha de pago:	Jul 28 2021			Fecha de pago:	Jul 28 2021																																																				
Aportes a ARL			NOTA:																																																						
Valor pagado	\$9,900.00	Periodo	JUNIO	SIN OBSERVACIONES																																																					
Comprobante de pago Número:	9422321373																																																								
Fecha de pago:	Jul 28 2021																																																								
SOLICITUD DE PAGO		Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: NO:																																																							
APLICACION RETENCION		Certifico que las actividades se están ejecutando conforme a lo establecido en el contrato, que el contratista cumplió con los pagos de la seguridad social en salud y pensión conforme a las normas vigentes, los soportes de estos pagos fueron revisados y cotejados con los originales y corresponden a este contrato, por lo tanto autorizo el pago.																																																							

Anexos: Copia de aporte de pensión SI Copia de aporte de salud SI Cuenta de Cobro SI

FIRMA CONTRATISTA: E8435F66-F0D9-4E7A-B665-A40C16537CE3

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO

C.C.: 33354715-7



4B7E6830-E926-4098-91DD-3372F56C97A4

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE ESTHER MONTERROSA NOVOA

CARGO: Jefe de jurídica

