

		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018																																																																											
Dependencia:		JURIDICA				Fecha:		11/5/2021																																																																									
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:	Mar 12 2021 - Abr 11 2021																																																																										
	Requiere Informe:	SI		Entregó Informe:	SI		Suspensión 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:	Davivienda																																																																								
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural: ☒	Persona Jurídica: ☐	Regimen: SIMPLIFICADO																																																																											
		Gran Contribuyente: ☐		Autoretenedor: ☐																																																																													
		He verificado de esta información frente al RUT:		SI: ☒		NO: ☐																																																																											
INFORME DEL SUPERVISOR																																																																																	
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente: SI: ☒ NO: ☐ # de folios: <input type="text"/>																																																																															
		El informe cumple con lo estipulado en el contrato: ☒ SI Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: ☒ SI Fecha: <input type="text"/> May 11 2021																																																																															
		Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: Sin observaciones																																																																															
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		<table border="1"> <tr> <td colspan="4">Persona Natural:</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Aportes a Salud</td> <td colspan="4">Aportes a Pensión</td> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$235,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>MARZO</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$300,800.00</td> <td>Periodo</td> <td>MARZO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9417684165</td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9417684165</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Abr 12 2021</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Abr 12 2021</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Aportes a ARL</td> <td colspan="4">NOTA:</td> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$9,900.00</td> <td>Periodo</td> <td>MARZO</td> <td colspan="4" rowspan="3">Sin observaciones</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9417684165</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Abr 12 2021</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Persona Jurídica:</td> <td colspan="4"> Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☐ </td> </tr> </table>								Persona Natural:								Aportes a Salud				Aportes a Pensión				Valor pagado	\$235,000.00	Periodo	MARZO	Valor pagado	\$300,800.00	Periodo	MARZO	Comprobante de pago Número:	9417684165			Comprobante de pago Número:	9417684165			Fecha de pago:	Abr 12 2021			Fecha de pago:	Abr 12 2021			Aportes a ARL				NOTA:				Valor pagado	\$9,900.00	Periodo	MARZO	Sin observaciones				Comprobante de pago Número:	9417684165			Fecha de pago:	Abr 12 2021			Persona Jurídica:				Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☐			
Persona Natural:																																																																																	
Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																																																													
Valor pagado	\$235,000.00	Periodo	MARZO	Valor pagado	\$300,800.00	Periodo	MARZO																																																																										
Comprobante de pago Número:	9417684165			Comprobante de pago Número:	9417684165																																																																												
Fecha de pago:	Abr 12 2021			Fecha de pago:	Abr 12 2021																																																																												
Aportes a ARL				NOTA:																																																																													
Valor pagado	\$9,900.00	Periodo	MARZO	Sin observaciones																																																																													
Comprobante de pago Número:	9417684165																																																																																
Fecha de pago:	Abr 12 2021																																																																																
Persona Jurídica:				Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: ☐ NO: ☐																																																																													
SOLICITUD DE PAGO		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.																																																																															
APLICACION RETENCION		Manifiesto y declaro bajo gravedad de juramento que: Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto único tributario 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales bajo ciertas circunstancias, que NO he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos.																																																																															

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

FIRMA CONTRATISTA: E9877A34-113C-41E6-A070-0827636FF78B

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO

C.C.: 33354715-7



FB3B6C2F-E089-481B-9B7E-85A509B3809E

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE ESTHER MONTERROSA NOVOA

CARGO: Jefe de jurídica

