

		FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP				CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018																																																									
Dependencia:		JURIDICA				Fecha: 24/2/2021																																																									
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:	Ene 12 2021 - Feb 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:	Davivienda																																																										
ASPECTOS TRIBUTARIOS		Marque con "X"		Persona Natural: <u>X</u>	Persona Jurídica: <u> </u>	Regimen: SIMPLIFICADO																																																									
		Gran Contribuyente: <u> </u>		Autoretenedor: <u> </u>																																																											
		He verificado de esta información frente al RUT:		SI: <u>X</u>		NO: <u> </u>																																																									
INFORME DEL SUPERVISOR																																																															
AVANCE DEL CONTRATO POR ACTIVIDAD		El contratista presentó el informe correspondiente: SI: <u>X</u> NO: <u> </u> # de folios: <u> </u> El informe cumple con lo estipulado en el contrato: <u>SI</u> Se remitió al Grupo de contratación o Talento Humano: <u>SI</u> Fecha: <u>Feb 24 2021</u> Observaciones del interventor a las actividades ejecutadas: SIN OBSERVACIONES																																																													
APORTES SEGURIDAD SOCIAL		Persona Natural: <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Aportes a Salud</th> <th colspan="4">Aportes a Pensión</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$200,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>ENERO</td> <td>Valor pagado</td> <td>\$256,000.00</td> <td>Periodo</td> <td>ENERO</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9416415383</td> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9416415383</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Feb 22 2021</td> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Feb 22 2021</td> </tr> <tr> <th colspan="4">Aportes a ARL</th> <th colspan="4">NOTA:</th> </tr> <tr> <td>Valor pagado</td> <td>\$8,400.00</td> <td>Periodo</td> <td>ENERO</td> <td colspan="4" rowspan="3">SIN NOTAS</td> </tr> <tr> <td>Comprobante de pago Número:</td> <td colspan="3">9416415383</td> </tr> <tr> <td>Fecha de pago:</td> <td colspan="3">Feb 22 2021</td> </tr> </table>						Aportes a Salud				Aportes a Pensión				Valor pagado	\$200,000.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	\$256,000.00	Periodo	ENERO	Comprobante de pago Número:	9416415383			Comprobante de pago Número:	9416415383			Fecha de pago:	Feb 22 2021			Fecha de pago:	Feb 22 2021			Aportes a ARL				NOTA:				Valor pagado	\$8,400.00	Periodo	ENERO	SIN NOTAS				Comprobante de pago Número:	9416415383			Fecha de pago:	Feb 22 2021		
Aportes a Salud				Aportes a Pensión																																																											
Valor pagado	\$200,000.00	Periodo	ENERO	Valor pagado	\$256,000.00	Periodo	ENERO																																																								
Comprobante de pago Número:	9416415383			Comprobante de pago Número:	9416415383																																																										
Fecha de pago:	Feb 22 2021			Fecha de pago:	Feb 22 2021																																																										
Aportes a ARL				NOTA:																																																											
Valor pagado	\$8,400.00	Periodo	ENERO	SIN NOTAS																																																											
Comprobante de pago Número:	9416415383																																																														
Fecha de pago:	Feb 22 2021																																																														
SOLICITUD DE PAGO		Persona Jurídica: Anexa Certificación del Revisor Fiscal: SI: <u> </u> NO: <u> </u> 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		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: DE6638BB-0F1A-4AB0-9927-78DB7665823D

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO

C.C.: 33354715-7



853FCC17-7194-4B4A-8720-E11D303EDB14

FIRMA SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE ESTHER MONTERROSA NOVOA

CARGO: Jefe de jurídica

