	FORMATO DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS Y AUTORIZACIÓN DE PAGOS F-SCAP	CODIGO: S-002 Versión: 2.01 Fecha: 05/01/2018

Dependencia:	JURIDICA	Fecha:	27/8/2021

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:	Jul 12 2021 - Ago 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.oo) 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	DV.	
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:	**057005667018932 5**	Banco:	**Davivienda**	

ASPECTOS TRIBUTARIOS

Marque con "X" Persona Natural: **x** Persona Jurídica: Regimen: **SIMPLIFICADO**

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: Ago 27 2021

Observaciones del interventor a las antividades ejecutadas: SIN OBSERVACIONES

APORTES SEGURIDAD SOCIAL

Persona Natural:

Aportes a Salud			**Aportes a Pensión**		
Valor pagado	$235,000.00	Periodo JULIO	Valor pagado	$300,800.00	Periodo JULIO
Comprobante de pago Número:	9423337526		Comprobante de pago Número:	9423337526	
Fecha de pago:	Ago 12 2021		Fecha de pago:	Ago 12 2021	
Aportes a ARL			**NOTA:**		
Valor pagado	$9,900.00	Periodo JULIO	SIN OBSERVACIONES		
Comprobante de pago Número:	9423337526				
Fecha de pago:	Ago 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 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: B9830010-5E8F-43BF-98B5-B57377C15E82

NOMBRE CONTRATISTA: MARIA FERNANDA CHARRY SAMPAYO

C.C.: 33354715-7

FIRMA SUPERVISOR 134AE6D9-5A58-429F-BB2E-C9D36AD30D06

NOMBRE SUPERVISOR: KATHERINE ESTHER MONTERROSA NOVOA

CARGO: Jefe de jurídica