1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	*Luis Alberto Martínez Gaviria*
Informe de Actividades Nº.	*1 de 6*
Período	*10/05/2021 a 09/06/2021*
Número del Contrato	*262*
Objeto:	*Prestación de servicios de apoyo de gestión para el programa de escuela de iniciación y formación deportiva en la modalidad de ajedrez en el Municipio de Santa Rosa de Cabal 2021*
Plazo	*6 meses*
Valor Total del Contrato	*$9'300.000*
Valor Periodo del Informe	*1'550.000*
Fecha de Inicio	*10 de Mayo de 2021*
Fecha de Terminación	*09 de Noviembre de 2021*
Plan, Programa o Proyecto	Deporte, recreación y actividad física, como medio de transformación social.
Supervisor	Leonardo Gallego Hernández
Secretaría	*Subsecretaria de Deporte y Recreación*

ADICION	
PRORROGA	
TERMINACION FINAL	
DISPONIBILIDAD	
REGISTRO PRESUPUESTAL	
RUBRO	

CATEGORIA/GRUPO POBLACIONAL	RANGOS EDADES	N° PARTICIPANTES	GÉNERO	
			F	M
Primera infancia	0 -5	0	0	0
Infancia	6- 12	14	4	10
Adolescencia	13- 17	6	1	5

Rangos de Edades: 0 – 5 años ( ), 6 – 12 años (X), 13 – 17 años (X), 18 – 26 años ( ), 27 – 60 años ( ) y Mayores de 60 ( ).

PERTENENCIA ÉTNICA						VULNERABILIDAD							
Afro		Indígenas		Mestizos		Discapacidad		Desplazados		Red Unidos		Damnificados	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
				5	15								

BENEFICIARIOS POR ESTRATO					
-	0	1	2	3	OTROS
PLANEADA	0	20	20	20	
ATENDIDA	0	0	15	5	

BENEFICIARIOS POR ZONA	
URBANA	RURAL
20	

3. DESARROLLO DEL CONTRATO

Escaneado con CamScanner

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
1-Apoyar el programa de escuela de iniciación y formación deportiva en la modalidad de ajedrez con una cobertura mínima de 6 grupos niñas, niños y adolescentes, promoviendo de manera positiva su desarrollo físico, mental, emocional y psicosocial.	*Se realizó Diversas reuniones para socializar plan de trabajo con los directivos de la subsecretaria de deporte y recreación, en las siguientes fechas: (14 de mayo, 18 de mayo, 24 de mayo.* *Apoyo al proceso de inscripción en diferentes barrios de Santa Rosa, Barrio la trinidad miércoles 19 de mayo, Barrio la flora y villa Fanny viernes 21 de mayo.*	*Anexo 1 Listado de asistencia a las reuniones, registro fotográfico de las planillas y de las reuniones.* *Anexo 2. Registro fotográfico del proceso de inscripción.*	*16.6%*
2- Acompañar a las niñas, niños y adolescentes en tres sesiones de entrenamiento semanal para cada grupo teniendo presente su edad y componente metodológico para el desarrollo y éxito las clases.	*Sesiones de entrenamiento con dos grupos, tres sesiones por semana. Días lunes 31 de mayo, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12 de junio.*	*Anexo 3.* *Se anexa como evidencia, formato de caracterización, Control de asistencia, registro fotográfico de las clases, planes semanales firmado por el coordinador de las ESPODE.*	*16.6%*
3- apoyar un encuentro mensual (festival de integración) para evaluar de manera practica la evolución en el desarrollo de su proceso.	*No aplica para este periodo, ya que las clases se iniciaron hace una semana, debido a que el proceso de inscripción, escogencia, filtrado para esta disciplina culmino esta semana.*	*NA*	*NA*
4-Acompañar de manera asertiva con los padres de familia de los deportistas promoviendo una escuela de padres, que debe reunirse una vez cada dos meses.	*Reunión con padres de familia, Barrio bosques de Santa Ana 31 de mayo de 2021.*	*Anexo 4* *Acta de reunión y asistencia de acudientes.,* *Registro fotográfico de la reunión.*	*16.6%*

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
5- Fomentar de manera permanente y constante los buenos hábitos y la cultura deportiva, además de los valores y las buenas costumbres que debe tener un deportista.	*Charlas técnicas donde se indica la necesidad de adoptar estas posturas que muestra los valores, costumbres y buenos hábitos de los deportistas.*	*Anexo 5 Se anexa registro fotográfico de las charlas*	*16.6%*

Escaneado con CamScanner
Escaneado con CamScanner

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	OBSERVACIONES
6. Acompañar de manera consciente una responsabilidad social y relacional frente a la situación generada por la pandemia COVID-19 para lo cual deberá implementar socializar y otorgar estricto cumplimiento a los lineamientos definidos por el ministerio de salud y de la protección social para retorno de las niñas, niños y adolescente a la práctica presencial de la recreación, el deporte y la actividad física en entornos diferentes al hogar, en el marco de la pandemia COVID-19	- Se realizó inducciones del manejo del tapabocas, de buen manejo de desinfección, mediante la utilización del alcohol o el gel. *Se anexa registro fotográfico*	*Anexo 6 registro fotográfico.*	*Se realizó el 16.6% de 100%*

V.B. Supervisor:
Leonardo Gallego Hernández

Contratista:
Luis Alberto Martínez Gaviria

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 No. 14-33	SANTA ROSA DE CABAL - RISARALDA	3640106	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	9420569888	9420569888	I	2021/06/23	2021/06/02	BANCO BOGOTA	0	$184,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	18591990	MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	25-14	21	$635,969	$101,800	EPS044	21	$635,969	$79,500		0	$0	$0	14-25	21	$635,969	$3,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$635.969**	$101,800			**$635,969**	$79,500			$0	$0			**$635,969**	$3,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$101,800	$0	$0	$101,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$101,800	$0	$0	$101,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,400	$0	$0	$3,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$3,400	$0	$0	$3,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$79,500	$0	$0	$79,500
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$79,500	$0	$0	$79,500
TOTAL				1	$184,700	$0	$0	$184,700

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 18591990		MARTINEZ GAVIRIA LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	alberto1263@hotmail.com	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3113395078

Clave: 9420569888

Periodo Pensión: 2021-05 **Periodo Salud: 2021-05**

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2021/06/23	0	$0	$184,700
2021/06/24	0	$0	$184,700
2021/06/25	0	$0	$184,700
2021/06/28	0	$0	$184,700
2021/06/29	0	$0	$184,700
2021/06/30	0	$0	$184,700
2021/07/01	0	$0	$184,700
2021/07/02	0	$0	$184,700
2021/07/06	0	$0	$184,700
2021/07/07	0	$0	$184,700

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$101,800
COLPENSIONES		1	$101,800
ARL	1	1	$3,400
COLMENA		1	$3,400
EPS	1	1	$79,500
MEDIMAS EPS		1	$79,500
SUBTOTAL			$184,700
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$184,700

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas · Banco de Occidente · Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1'000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Banco de Bogotá - RECAUDO PILA
[illegible] PRO57203 ****0140 T947
[illegible] 13:07H.N0572 Sta Rosa d
[illegible] Aportes en linea
PLANILLA No.000009420569888
Identificacion18591990
VALOR PLANILLA:184,700.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:184,700.00

Escaneado con CamScanner

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.550.000	$ 908.526

PENSION	$ 145.364

SALUD	$ 113.566

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	$ 4.743

$ 263.672
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que SI ____ NO __X__ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

OBSERVACIONES : el valor cancelado en la planilla corresponde a la liquidacion realizada sobrre8 dias, contados a partir del 22 de febrero fecha acta de inicio

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner