# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

| **INFORME No.** | 5 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 31 | 08 | 2021 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| 1055 del 2021 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| 20218007016O1037E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | HAROL MAURICIO VARGAS SILVA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1.022.409.346 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SERVICIOS COMO ENTRENADOR(A) DE FORMACIÓN DEPORTIVA 1 EN EL DEPORTE ASIGNADO DEL SISTEMA DEPORTIVO DE BOGOTÁ. | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 10 MESES | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | 23.790.000 | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 29 DE MARZO DEL 2021 | Registre la fecha de inicio del acta |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | | Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique) | | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 31 DE DICIEMBRE DEL 2021 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | DEL 1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DEL 2021 | Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades |

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

### 2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

| Obligaciones específicas | Actividades, evidencias y ubicación |
|---|---|
| **Obligación No. 1**: Apoyar las actividades que sean asignadas por el IDRD, así mismo las acciones de publicidad, divulgación y difusión de las actividades de iniciación y formación deportiva del proyecto de inversión, en los sectores asignados para la consecución de los usuarios realizando las inscripciones de los beneficiarios(as) de acuerdo con la oferta deportiva de la etapa. | **Avance:** Se realizo el apoyo a la divulgación del programa mediante las redes sociales dando a conocer el portal ciudadano, dando respuestas vía telefónica. La difusión se realiza a través de estados y publicaciones en el perfil personal.<br><br>**Evidencia:** capturas de pantalla<br><br>**Ubicación:** SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021– página N. 6 |
| **Obligación No. 2**: Programar, dirigir, controlar y evaluar los procesos de formación deportiva en las zonas designadas a usuarios(as), de acuerdo con los componentes pedagógicos y metodológicos, cumpliendo el mínimo y el máximo de beneficiarios(as) requeridos de acuerdo al plan de actividades en cada uno de los grupos asignados, de no contar con el mínimo requerido se le debe informar oportunamente al gestor(a), reportando las posibles causas y presentado las acciones para mitigar la situación. | **Avance:** se programó y dirigió los procesos formativos de acuerdo al plan pedagógico del programa. Se está en contacto con el gestor Oscar Castro dando la información de usuarios inscritos para el periodo. En el parque de bosa la palestina con dos grupos en donde se tiene un total de 40 inscritos, 20 beneficiarios en el horario de la mañana y 20 en el horario de la tarde y en el parque la candelaria la nueva se tiene un total de 30 inscritos repartidos en 17 en el horario de la 1 pm y 15 en el horario de las 3 de la tarde.<br><br>**Evidencia:** grupos sim y sesiones de clase<br><br>**Ubicación:** SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021 – página N. 7 |
| **Obligación No. 3**: Implementar y ejecutar el plan pedagógico y los planes diarios de clase del deporte de acuerdo a los lineamientos Técnicos del Proyecto de inversión, en los lugares asignados, | **Avance:** Se está implementando y ejecutando el plan pedagógico basándose en este para la creación y ejecución de las sesiones de clase.<br>Se realiza visitas del gestor Oscar Castro en los diferentes grupos en el parque de Bosa palestina a los |

| | |
|---|---|
| organizando y registrando información veraz y oportunamente en el Sistema de Información Misional (SIM), así como el registro de asistencia de los beneficiarios del programa diariamente y el registro de las sesiones de clases anticipadas de manera quincenal de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena. | grupos 1 y 2 el día jueves 26 de agosto y con la gestora Arabelly Orjuela el día miércoles 11 de agosto.<br><br>**Evidencia:** Plan pedagógico, listado de asistencia. captura de pantalla del sim del seguimiento al entrenador. Fotografías sesión de clase.<br><br>**Ubicación:** SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021 página N. 8 |
| **Obligación No. 4:** Velar por la implementación de los lineamientos y protocolos de bioseguridad para la prestación del servicio de los beneficiarios atendidos dentro del deporte asignado, adoptando todas las acciones de cuidado y prevención que se requiera durante del desarrollo del objeto contractual establecidos por el IDRD de acuerdo con los lineamientos del Gobierno Nacional. | **Avance:** Se envía mensajes al grupo de whatsapp previo al inicio de semana donde se habla sobre el autocuidado, se hace énfasis en el kit de autocuidado, lavado de manos y el uso de tapabocas antes, durante y después de las sesiones de clase.<br><br>**Evidencia:** presentación protocolos de bioseguridad, imágenes de desinfección. Pantallazo whatsapp.<br><br>**Ubicación:** SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021 página N. 9 |
| **Obligación No. 5:** Registrar y reportar antes de inicio de la de la ejecución de las sesiones de clase los antecedentes y condiciones de los usuarios en casos específicos (alergias, discapacidad, asma, patologías o lesiones musculo-esqueléticas) teniendo en cuenta lo descrito en el consentimiento informado para efectos de seguir recomendaciones y en el caso de existir alguna eventualidad (incidente o accidente) y/o problemática en el desarrollo de la sesión o de su objeto contractual reportar de forma inmediata al coordinador o supervisor y en todos los casos seguir el conducto regular. | **Avance:** Se realiza registro semanal de reportes de inicio a la clase en donde se pregunta si tienen algún inconveniente y/o impedimento para la realización de la clase. se envía por whatsapp el formulario de aptitud para la actividad física y consentimiento informado.<br><br>**Evidencia:** Formulario de aptitud para la actividad física y formato de consentimiento informado<br><br>**Ubicación:** SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021 – página N. 10 |
| **Obligación No. 6:** Programar y realizar inducción a padres, madres, acudientes y participantes de los cursos e informar frente a los posibles | **Avance:** Se programo y realizo reunión a padres y acudientes de manera virtual en donde se les da las instrucciones del programa y los acompañamientos a la salida de mundo aventura organizado por el |

<table>
<tr><td>riesgos identificados en el desarrollo de las sesiones, de igual forma programar, reuniones periódicas, brindando información frente al procesos realizados, reglamento, objetivos, fechas y novedades.</td><td>programa, se les recuerda los protocolos, horarios y se aclaran de dudas.<br><br><u>Evidencia:</u> presentación del proyecto, capturas de pantalla de los grupos por parque.<br><br><u>Ubicación:</u> SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021 página N. 11</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 7: Adelantar la ejecución de sus obligaciones asistiendo de manera virtual y/o presencial con total diligencia, cuidado personal y de bioseguridad, a las reuniones, jornadas técnicas, pedagógicas, de capacitación y demás que sean convocadas por la supervisión, gestor(a), coordinación del proyecto de inversión, Subdirección Técnica de Recreación y Deporte y despacho de la entidad. Registrando y dando respuesta oportuna a las solicitudes y requerimientos que se presenten en el desarrollo del objeto contractual.</td><td><u>Avance:</u> se asiste de manera virtual a las reuniones, jornadas técnicas, pedagógicas y de capacitación y que fueron convocadas por la supervisión del contrato y al gestor de la zona 4.<br><br>
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIÓN</th></tr>
<tr><td>2 de agosto</td><td>7 líneas del éxito</td></tr>
<tr><td>2 de agosto</td><td>Reunión zona 4 EDMB</td></tr>
<tr><td>9 de agosto</td><td>7 líneas del éxito</td></tr>
<tr><td>17 de agosto</td><td>Capacitación portal ciudadano</td></tr>
<tr><td>18 de agosto</td><td>Reunión de padres</td></tr>
<tr><td>20 de agosto</td><td>Entrega de certificado de cumplimiento</td></tr>
<tr><td>20 de agosto</td><td>Salida a mundo aventura</td></tr>
<tr><td>25 de agosto</td><td>Salida a mundo aventura</td></tr>
<tr><td>25 de agosto</td><td>Taller UCAD</td></tr>
</table>
<br><u>Evidencia:</u> capturas de pantalla<br><u>Ubicación:</u> SECOP II - Numeral 7 – Informe 5 mes agosto 2021– página N. 12 y 13.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.</td></tr>
</table>

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | Compensar | 119.300 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | Porvenir | 152.300 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | Positiva | 23.200 |
| | **TOTAL** | 294.500 |
| | | |

**4. ANEXOS** (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.).

**Nota:** Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.

HAROL M VARGAS

Firma Contratista

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

El contratista cumple con lo establecido en el objeto contractual y con las obligaciones específicas, presenta soportes de pago de salud, pensión y ARL que avalan el pago del periodo reportado de acuerdo a las normas establecidas por ley.

Oscar Castro Suárez

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: HECTOR MANUEL GONZALEZ BAUTISTA
N° de Identificación: 79.507.320
Cargo: Supervisor contrato

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 1





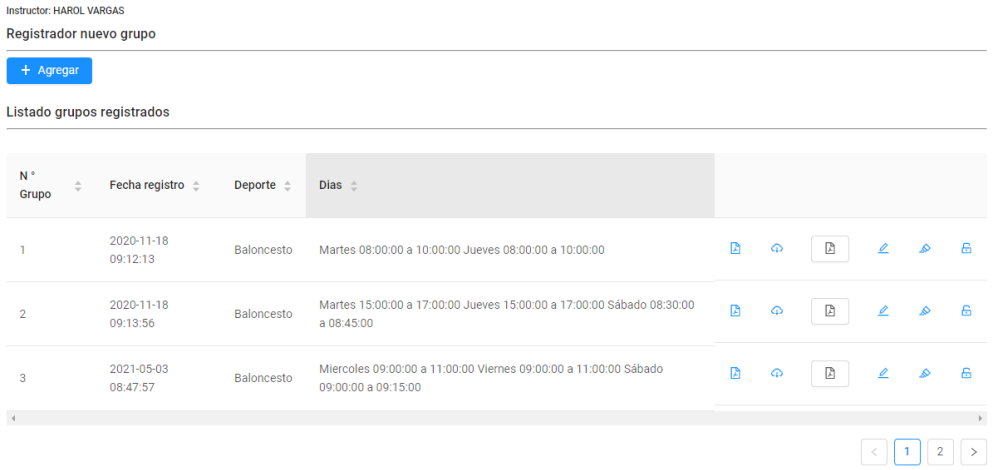


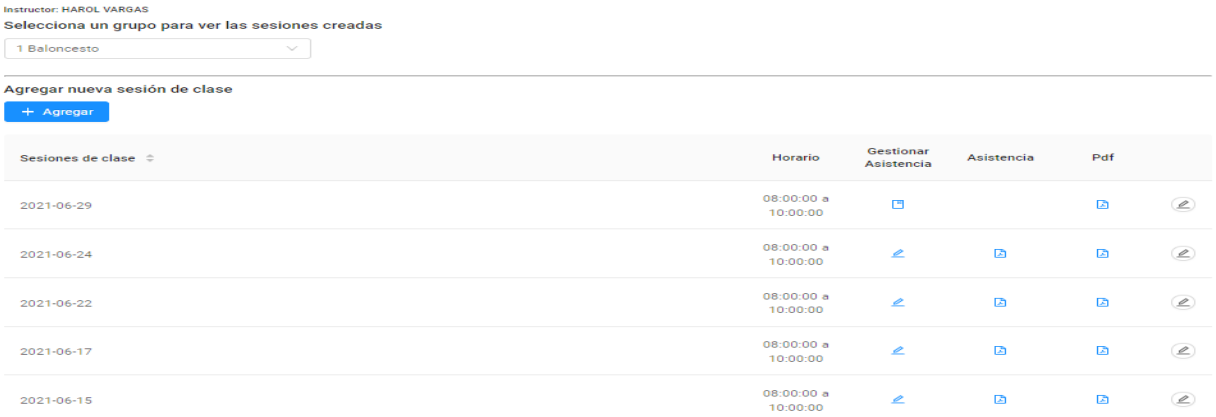


# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 2: grupos sim y sesiones de clases








# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 3

CONTROL DE ASISTENCIA MENSUAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| PROGRAMA O ACTIVIDAD DEPORTIVA | ESCUELAS DE MI BARRIO | | |
| PARQUE O ESCENARIO | Palestina | UPZ | |
| LOCALIDAD | Bosa | INSTRUCTOR | HAROL VARGAS |
| BARRIO | | HORARIO | Martes 08:00:00 10:00:00 Jueves 08:00:00 10:00:00 |

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | ESTADO | | | FECHAS DE CLASE (DIA/MES) | | | | | | | | | | | | | | | | | | ASISTENCIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | N | A | R | 07-01 | 07-06 | 07-08 | 07-13 | 07-15 | 07-20 | 07-22 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | % |
| 1 | LUIS RODRIGUEZ MERCHAN | 14 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 2 | MARIA RODRIGUEZ MERCHAN | 13 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 3 | DANIEL GUERRERO SANCHEZ | 16 | | X | | A | A | F | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 4 | FRANK PEÑA PORRAS | 15 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 5 | WILFRED PEÑA PORRAS | 15 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 6 | ALAM PEÑA PORRAS | 14 | | X | | A | A | F | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 7 | MAHIA RUIZ PEÑA | 11 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 8 | DAVID GONZALEZ CASTRO | 10 | | X | | A | A | A | F | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 9 | EMMANUEL MOSCOSO QUIÑONES | 7 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 10 | OMAR CARVAJAL | 9 | | X | | A | A | F | A | A | F | A | | | | | | | | | | | | 71.4 |
| 11 | SANTIAGO VARGAS | 12 | | X | | A | A | A | A | A | F | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 12 | LEXANDER JARAVA CONTRERAS | 14 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 13 | ANGEL RODRIGUEZ JAMAICA | 9 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 14 | JHON MORENO JAMAICA | 11 | | X | | A | A | F | A | A | F | A | | | | | | | | | | | | 71.4 |
| 15 | CAROL ROMERO SANCHEZ | 16 | | X | | A | A | A | A | A | F | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 16 | DARWIN ZUNIGA DIAZ | 13 | | X | | A | A | A | F | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 17 | JEAN ZUNIGA DIAZ | 14 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |
| 18 | CAMILO SUAREZ | 17 | | X | | A | A | F | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 19 | SHEILA VILLALBA JIMENEZ | 15 | | X | | A | A | A | F | A | A | A | | | | | | | | | | | | 85.7 |
| 20 | ANDREW HOWART | 12 | | X | | A | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | 100.0 |

BOGOTÁ | INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE

Listado de seguimiento al entrenador

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE RECREACIÓN Y DEPORTES
ÁREA DE DEPORTES
FOMENTO Y DEPORTIVO DESARROLLO

PROGRAMA
ESCUELAS DE MI BARRIO

PLAN PEDAGOGICO Y METODOLOGICO
*BALONCESTO*

Página 1 de 31

Listado seguimientos

Show 10 entradas Buscar:

| Coordinador | Nº Grupo | Fecha Registro | Estado | Acciones |
|---|---|---|---|---|
| HAROL VARGAS | Baloncesto 2 | 2021-08-24 21:49:16 | Firmado | Acciones |
| HAROL VARGAS | Baloncesto 1 | 2021-08-24 21:48:45 | Firmado | Acciones |
| HAROL VARGAS | Baloncesto 3 | 2021-08-11 14:14:47 | Firmado | Acciones |
| HAROL VARGAS | Baloncesto 4 | 2021-08-01 06:58:43 | Firmado | Acciones |
| HAROL VARGAS | Baloncesto 3 | 2021-08-01 06:58:33 | Firmado | Acciones |
| HAROL VARGAS | Baloncesto 1 | 2021-07-24 16:58:58 | Firmado | Acciones |

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 4







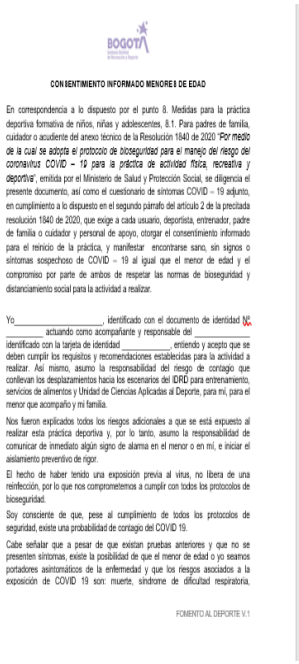




# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 5



CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES DE EDAD

En correspondencia a lo dispuesto por el punto 8. Medidas para la práctica deportiva formativa de niños, niñas y adolescentes, 8.1. Para padres de familia, cuidador o acudiente del anexo técnico de la Resolución 1840 de 2020 *"Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo del riesgo del coronavirus COVID – 19 para la práctica de actividad física, recreativa y deportiva"*, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se diligencia el presente documento, así como el cuestionario de síntomas COVID – 19 adjunto, en cumplimiento a lo dispuesto en el segundo párrafo del artículo 2 de la precitada resolución 1840 de 2020, que exige a cada usuario, deportista, entrenador, padre de familia o cuidador y personal de apoyo, otorgar el consentimiento informado para el reinicio de la práctica, y manifestar encontrarse sano, sin signos o síntomas sospechoso de COVID – 19 al igual que el menor de edad y el compromiso por parte de ambos de respetar las normas de bioseguridad y distanciamiento social para la actividad a realizar.

Yo_____, identificado con el documento de identidad Nº. _____ actuando como acompañante y responsable del _____ identificado con la tarjeta de identidad _____, entiendo y acepto que se deben cumplir los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar. Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios del IDRD para entrenamiento, servicios de alimentos y Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte, para mí, para el menor que acompaño y mi familia.

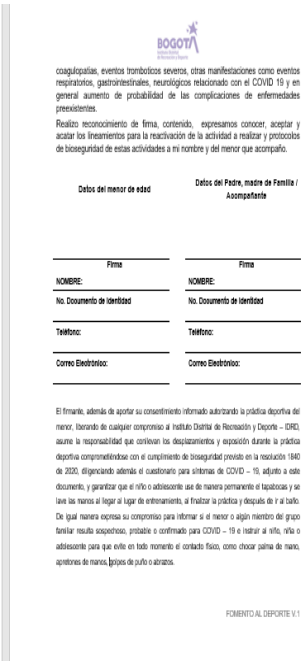
Nos fueron explicados todos los riesgos adicionales a que se está expuesto al realizar esta práctica deportiva y, por lo tanto, asumo la responsabilidad de comunicar de inmediato algún signo de alarma en el menor o en mí, e iniciar el aislamiento preventivo de rigor.

El hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no libera de una reinfección, por lo que nos comprometemos a cumplir con todos los protocolos de bioseguridad.

Soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad, existe una probabilidad de contagio del COVID 19.

Cabe señalar que a pesar de que existan pruebas anteriores y que no se presenten síntomas, existe la posibilidad de que el menor de edad o yo seamos portadores asintomáticos de la enfermedad y que los riesgos asociados a la exposición de COVID 19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria,

FOMENTO AL DEPORTE V.1



coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionado con el COVID 19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades preexistentes.

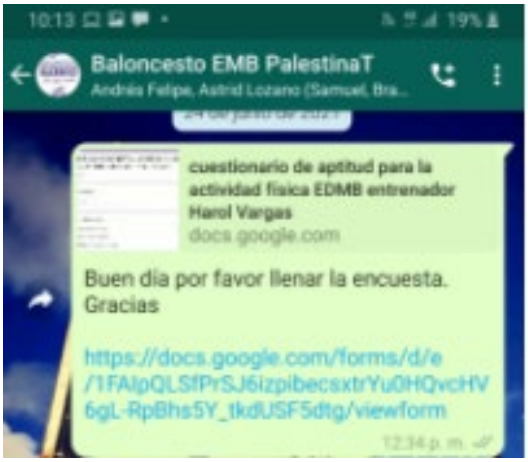
Realizo reconocimiento de firma, contenido, expresamos conocer, aceptar y acatar los lineamientos para la reactivación de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades a mi nombre y del menor que acompaño.

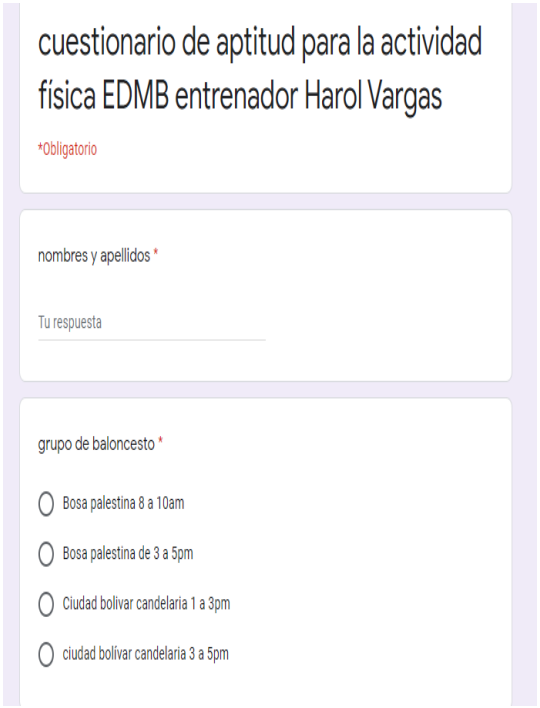
| Datos del menor de edad | Datos del Padre, madre de Familia / Acompañante |
|---|---|
| Firma | Firma |
| NOMBRE: | NOMBRE: |
| No. Documento de identidad | No. Documento de identidad |
| Teléfono: | Teléfono: |
| Correo Electrónico: | Correo Electrónico: |

El firmante, además de aportar su consentimiento informado autorizando la práctica deportiva del menor, liberando de cualquier compromiso al Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD, asume la responsabilidad que conllevan los desplazamientos y exposición durante la práctica deportiva comprometiéndose con el cumplimiento de bioseguridad previsto en la resolución 1840 de 2020, diligenciando además el cuestionario para síntomas de COVID – 19, adjunto a este documento, y garantizar que el niño o adolescente use de manera permanente el tapabocas y se lave las manos al llegar al lugar de entrenamiento, al finalizar la práctica y después de ir al baño.

De igual manera expresa su compromiso para informar si el menor o algún miembro del grupo familiar resulta sospechoso, probable o confirmado para COVID – 19 e instruir al niño, niña o adolescente para que evite en todo momento el contacto físico, como chocar palma de mano, apretones de manos, golpes de puño o abrazos.

FOMENTO AL DEPORTE V.1



cuestionario de aptitud para la actividad física EDMB entrenador Harol Vargas

*Obligatorio

nombres y apellidos *

Tu respuesta

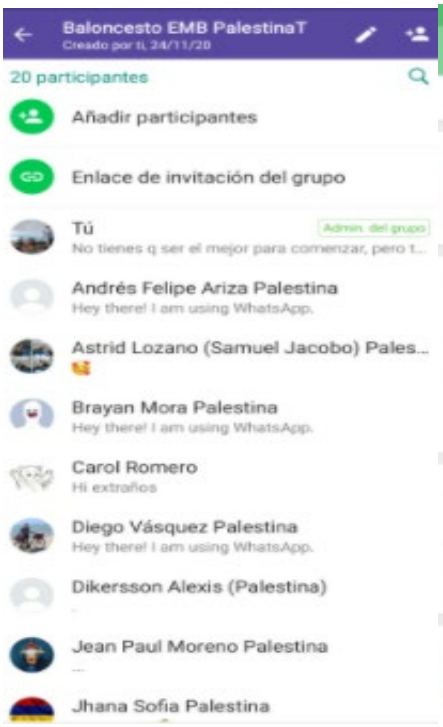
grupo de baloncesto *

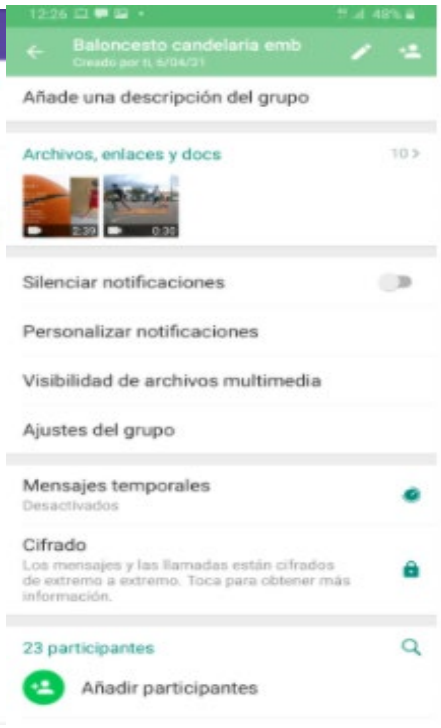
- Bosa palestina 8 a 10am
- Bosa palestina de 3 a 5pm
- Ciudad bolivar candelaria 1 a 3pm
- ciudad bolivar candelaria 3 a 5pm

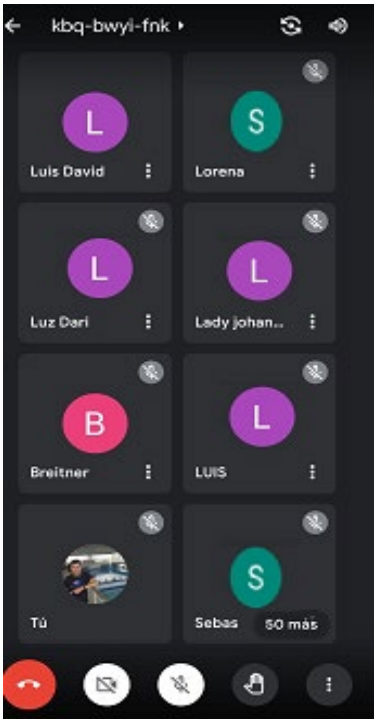
## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

Obligación 6



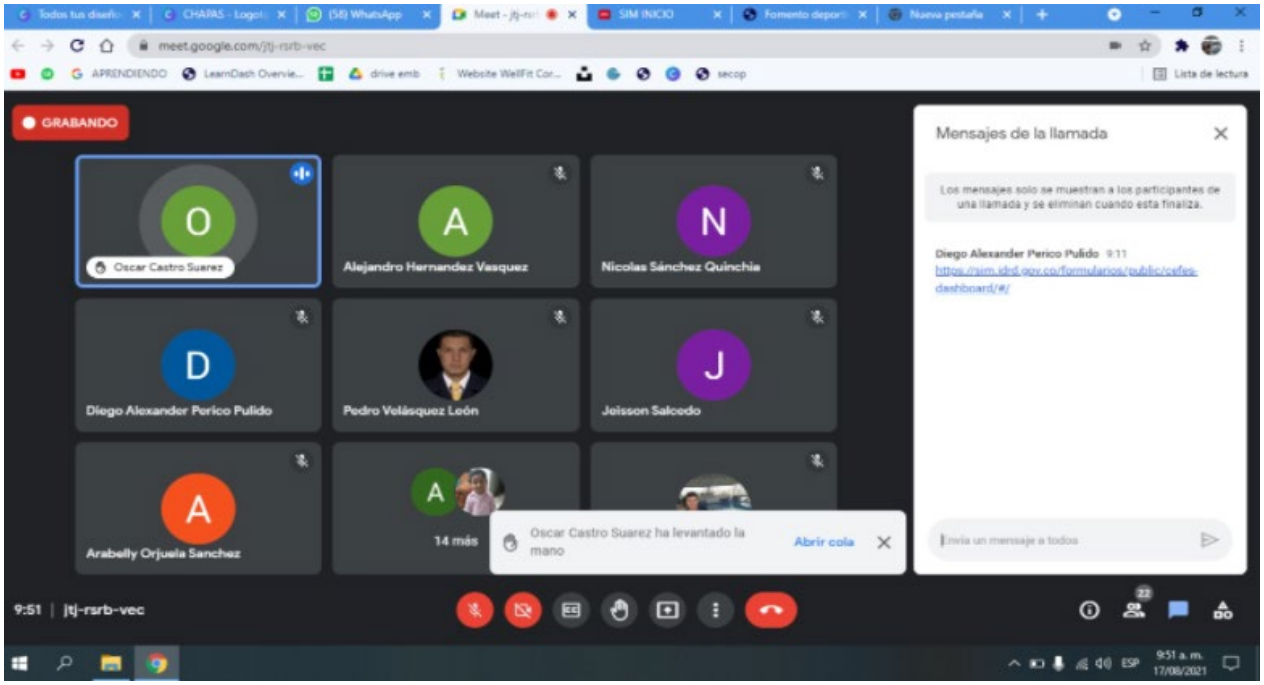



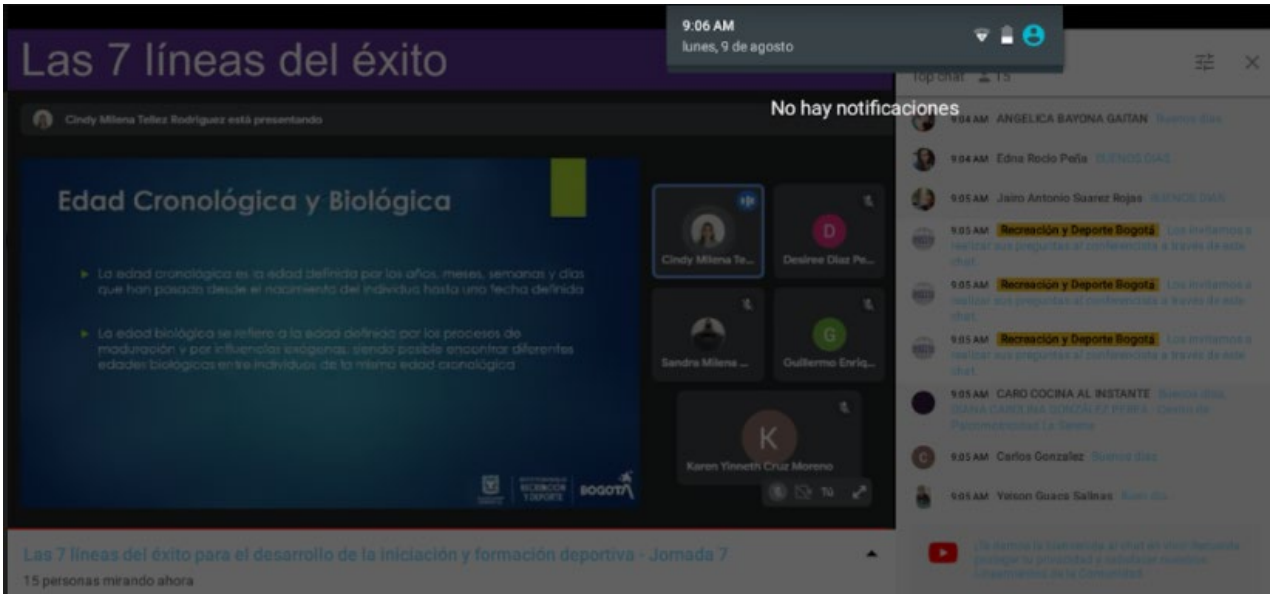



## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**

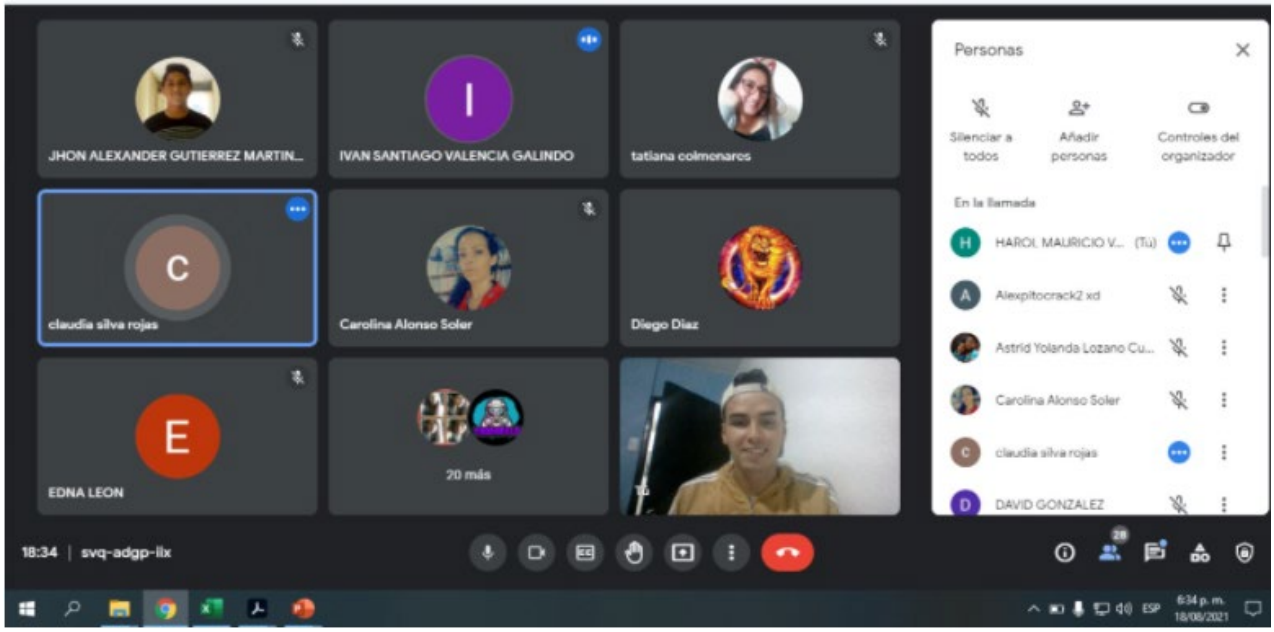
Obligación 7



## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)**






Señores:
**INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE**
Ciudad.

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**

**(**Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

**Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.**

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Contrato No. | **CTO-1055-2021** | | | | | | | | | | | | |
| **2** | Nombre del Contratista | **VARGAS SILVA HAROL MAURICIO** | | | | | | | | | | | | |
| **3** | Identificación | CC | **X** | CE | | | | **1022409346** | | | | | | |
| **4** | Responsable de impuesto a las ventas | | | | | | | SI | | NO | **X** | **REGIMEN SIMPLE** | | |
| **5** | Residente en el país (Extranjeros) | | | | | | | | | SI | | NO | | |
| **6** | Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.) | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| | c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800 | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| **8** | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | | | | | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **119.000** | | | | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | | **152.300** | | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **23.200** | | | | | | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente | | | | | | |
| **9** | Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual | | | | | | | | | | | | | |
| | AFC $ | | | | | | | Ahorro Voluntario Pensión $ | | | | | | |
| **10** | Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| **11** | Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712 | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| **12** | Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi. | | | | | | | | | | | | | |
| | **a)** Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| | **b)** Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| | **c)** Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| | **d)** Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| | **e)** Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| **13** | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | | | | | | SI | | NO | **X** | |
| **14** | **(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de: | | | | | | | | | | | % | | |

**Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.**

**DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.**

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2021**

HAROL M VARGAS

FIRMA

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-08-18, 08:34:06 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039131531

**Periodo Cotización** 202107 **Periodo Servicio** 202107

**Cliente:**

## PAGADA 2021-08-18

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HAROL MAURICIO VARGAS SILVA | | | | |
| **Documento** | CC 1022409346 | **Dirección** | CALLE 51 C SUR # 89 A 68 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3123140572 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1022409346 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | VARGAS SILVA HAROL MAURICIO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 951.600 | 230301 | | 16 % | $ 951.600 | $ 152.300 | $ 0 | $ 0 | EPS008 | | 12,5 % | $ 951.600 | $ 119.000 | $ 0 | 14-23 | 3 | 2,436 % | $ 951.600 | $ 23.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | COMPENSAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 152.300 | $ 0 | $ 0 | $ 119.000 | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 294.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!