

22 OCT 2018

MEMORANDO

Radicado IDRD No 20185200636193



Bogotá D.C, 10/10/2018

PARA: SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

DE: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 06 – ÁREA DE RECREACIÓN

ASUNTO: Remisión Informe Mensual No: 2

Con el fin de que repose en la carpeta original del CPS No. IDRD-CTO-2915 DE 2018, suscrito con SAAVEDRA CUBIDES PAOLA ANDREA, me permito remitir el Informe de Actividades correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2018, con su respectiva copia de los aportes a seguridad social.

Expediente virtual No. 2018800201102616E.

Cordialmente:

MARÍA DEL AMPARO WISWELL AREVALO  
Profesional Especializado 222 - 06  
Área de Recreación

Anexos: 10 Folios.

Proyecto: Hermes López Hernández- Técnico Operativo 314 – 07– Área de Recreación



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE  
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

|             |            |
|-------------|------------|
| INFORME No. | 2          |
| FECHA DEL   | dd/mm/aa   |
| INFORME     | 25/09/2018 |

|                            |
|----------------------------|
| No. DEL CONTRATO Y FECHA   |
| IDRD-CTO-2915 -2018        |
| No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL |
| 2018800201102616E          |

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Instrucciones                                                                |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                     | PAOLA ANDREA SAAVEDRA CUBIDES                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Registre nombre y apellidos completos                                        |
| N° DE IDENTIFICACIÓN                       | CC. 53088092 de Bogotá                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Registre el número de identificación                                         |
| OBJETO DEL CONTRATO                        | Prestar sus servicios de apoyo como <b>AGENTE DE INCLUSIÓN RECREATIVA</b> para ejecutar las acciones recreativas orientadas a la inclusión de las poblaciones en condiciones diferenciales, en los escenarios de desarrollo de las mismas, acorde a las orientaciones definidas por el Plan de Acción Institucional. | Registre el objeto del contrato                                              |
| PLAZO DE EJECUCIÓN                         | SEIS (6) MESES                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Registre el plazo total de ejecución en letras y números                     |
| VALOR                                      | TRECE MILLONES TRECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/C (\$ 13.380.000)                                                                                                                                                                                                                                                      | Registre el valor total del contrato                                         |
| FECHA ACTA DE INICIO                       | 08 DE AGOSTO DE 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Registre la fecha de inicio del acta                                         |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN              | 07 DE FEBRERO DE 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito            |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga                             |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique)         | NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME     | DEL 26 DE AGOSTO DEL 2018 AL 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2018                                                                                                                                                                                                                                                               | 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, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Avance, evidencias y ubicación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligación No. 1:</b> Elaborar la programación local, organizar, preparar y ejecutar la totalidad de actividades recreativas orientadas a la inclusión de las comunidades intervenidas por el Programa, diligenciarla y entregar reporte en los sistemas, formatos y tiempos definidos.                                             | <b>Avance:</b> Reconocimiento y programación de acciones en las instituciones, grupos y dinámicas de la localidad asignada Rafael Uribe Uribe.<br><b>Evidencia:</b> Se ejecutan las actividades planificadas con las instituciones de la localidad. correspondientes al mes de agosto con los ID: 147180-147183-147184-147185-151329-151330-151331-151332-151333-151335-151492-151337-151338-151339-151340-151341-151342-151343-151344-151476-151494-151480-151481-151495-151486-151487-151488-151497-151496-151490. ✓<br><b>Ubicación:</b> Esta Información reposa en la plataforma SIM, Bitácora, drive de la zona 4 (sub carpeta bitácora). |
| <b>Obligación No. 2:</b> Realizar el registro de las actividades proyectadas y ejecutadas en la plataforma SIM, acorde a los lineamientos del Área de Recreación, en los tiempos definidos previamente.                                                                                                                                | <b>Avance:</b> Se realiza los debidos registros de la planificación de Ooctubre y la ejecución de Septiembre en la plataforma SIM. Siguiendo los lineamientos y en los tiempos designados por el área de recreación.<br><b>Evidencia:</b> ID: 147180-147183-147184-147185-151329-151330-151331-151332-151333-151335-151492-151337-151338-151339-151340-151341-151342-151343-151344-151476-151494-151480-151481-151495-151486-151487-151488-151497-151496-151490. ✓<br><b>Ubicación:</b> Información que reposa en la plataforma SIM.                                                                                                           |
| <b>Obligación No. 3:</b> Realizar el registro estadístico de las comunidades, colectivos, organizaciones, familias y personas atendidas desde el Programa Recreación Incluyente, actualizando y entregando cada seis (6) meses las bases de datos comunitarias, institucionales y domiciliarias al Gestor de Inclusión Recreativa ARBC | <b>Avance:</b> Se actualizan direcciones de instituciones y grupos.<br><b>Evidencia:</b> Las instituciones o grupos con discapacidad de la localidad se encuentran registrados en la base de datos de la localidad.<br><b>Ubicación:</b> La información se encuentra consignada en el drive y en la A-Z del ARI local. ✓                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Obligación No. 4:</b> Elaborar informe técnico de los avances obtenidos en el territorio asignado, acorde al diligenciamiento bimensual (2) de la Hoja de Vida y Seguimiento a la Atención                                                                                                                                          | <b>Avance:</b> Se está realiza el diligenciamiento respectivo para tener un reporte y comunicarlo a la coordinación sobre el proceso que se lleva con cada una de las instituciones intervenidas en la localidad.<br><b>Evidencia:</b> Los avances obtenidos en las respectivas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comunitaria y Familiar, presentando propuestas para la cualificación permanente de la atención recreativa a la población con discapacidad, sus familias y cuidadores al Gestor ARBC y a la Coordinación del Programa.                                                                                                                                                                                     | hojas de vida de las instituciones o grupos que están vinculadas con el proceso de recreación incluyente.<br><b>Ubicación:</b> La información se encuentra ubicada en el drive de la zona.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Obligación No. 5:</b> Asistir a las reuniones de trabajo de carácter distrital, zonal y local, programadas por el Área de Recreación, por la Coordinación del Programa, por los Gestores de Inclusión Recreativa ARBC y las requeridas en los territorios asignados, reportando la asistencia y participación en estos espacios en los términos y formatos definidos por la Coordinación del Programa. | <b>Avance:</b> Se asiste a las reuniones de trabajo programadas por el programa, reuniones zonales y locales.<br><b>Evidencia:</b> Se asiste a la reunión de fortalecimiento técnico<br><b>Ubicación:</b> Se encuentra en la bitácora y reporte fotográfico RIN.                                                                                                                                                                                       |
| <b>Obligación No. 6:</b> Reportar las acciones orientadas a la inclusión, garantía del derecho a la recreación y a la actividad física de la población con discapacidad, realizadas en articulación con el equipo local, en los tiempos y formatos definidos por la Coordinación del Programa.                                                                                                            | <b>Avance:</b> Se realizó la articulación con el equipo local para la implementación del festiparque de la localidad- Se llevan a cabo Zonas Sensibles<br><b>Evidencia:</b> Se realizan Zonas Sensibles en el Parque de los niños en jornada AM – PM.<br><b>Ubicación:</b> Se encuentra en la bitácora, drive y reporte fotográfico RIN.                                                                                                               |
| <b>Obligación No. 7:</b> Asistir a las jornadas de fortalecimiento técnico, capacitación y formación planeadas y ejecutadas por los Gestores de Inclusión Recreativa y el Programa Recreación Incluyente según cronograma definido previamente.                                                                                                                                                           | <b>Avance:</b> se llevan a cabo la reunión con el equipo para fortalecer el proceso y cumplimiento del objeto contractual.<br><b>Evidencia:</b> Se asiste al fortalecimiento Técnico en el CEDAD.<br><b>Ubicación:</b> fotos en el RIN, actas zona 4.                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Obligación No. 8:</b> Contar con un sistema de comunicación activo, con minutos, que cuente con un sistema de datos permanente, acceso a internet y a la plataforma SIM, para atender de manera rápida y efectiva las orientaciones y lineamientos de la Coordinación del programa.                                                                                                                    | <b>Avance:</b> Herramienta de comunicación para la difusión de información en la localidad de Rafael Uribe, las diferentes acciones en pro del bienestar del programa y mantener mejor comunicación con el equipo de trabajo.<br><b>Evidencia:</b> Se anexa copia del recibo de pago del plan prepago que brinda datos y minutos por anti planes con su operador móvil virgin Mobile.<br><b>Ubicación:</b> Teléfono celular de uso personal 3196496345 |
| <b>Obligación No. 9:</b> Asistir a eventos locales, nacionales o internacionales programados y autorizados, por la Dirección General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD, para la representación de la entidad. Parágrafo: los gastos que ocasionen el desplazamiento y estadía del contratista a                                                                             | No aplica para este periodo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |



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

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| eventos y/o actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual, serán asumidos por el IDRD o por quien este determine, previa aprobación de la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| <b>Obligación No. 10:</b> Adjuntar en el segundo informe contractual, la certificación de Primer Respondiente vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se adjunta el certificado de primer respondiente vigente. |
| <b>Obligación No. 11:</b> Será causal de terminación del contrato las condiciones previstas en el numeral establecido para tal fin, no obstante lo anterior, si el contratista durante la vigencia del contrato es requerido por un máximo de tres (3) veces por incumplimiento a sus obligaciones contractuales, se evidenciara la imposibilidad del cumplimiento del contrato por parte del Monitor o contratista por lo tanto deberá solicitar al supervisor la terminación anticipada del contrato, de no ser así el IDRD adelantarán los trámites tendientes a determinar el respectivo proceso sancionatorio. | No aplica para este periodo                               |
| <b>Declaración:</b> 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 periodo 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.                                                                                                                                                                                                        |                                                           |

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE     | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|----------------------------|----------------|---------------------|
| PAGO APORTES SALUD         | COMPENSAR      | \$ 111.500          |
| PAGO APORTES PENSIÓN       | PROTECCION     | \$ 142.800          |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | POSITIVA       | \$ 9.400            |
| TOTAL                      |                | \$ 263.700          |



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE  
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

3

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

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

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

Firma Contratista

PAOLA ANDREA SAAVEDRA CUBIDES  
AGENTE DE INCLUSIÓN RECREATIVA  
CC 53088092 de Bogotá.

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

*Se cumple puntualidad en la entrega de informes.  
Se cumple con obligaciones pactadas.*

VoBo Supervisor del contrato

Nombre: MARIA DEL AMPARO WISWELL AREVALO

N° de Identificación: cc 42076874

Cargo: Profesional especializado 06 – Área de Recreación

MES DE AGOSTO -SEPTIEMBRE 2018

AGENTE DE INCLUSIÓN RECREATIVA: PAOLA ANDREA SAAVEDRA CUBIDES.

|        |    |    |                                                            |                                                                                                  |                                                |    |    |    |
|--------|----|----|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----|----|----|
| FECHA  | 1  | 2  | 3                                                          | 4                                                                                                | 5                                              | 6  | 7  | 8  |
| MAÑANA |    |    |                                                            | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733<br>ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734 | ECOVENTURA GRUPO CORAZONES LIMPOR. ID: 1514662 |    |    |    |
| TARDE  |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| FECHA  | 9  | 10 | 11                                                         | 12                                                                                               | 13                                             | 14 | 15 | 16 |
| MAÑANA |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| TARDE  |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| FECHA  | 17 | 18 | 19                                                         | 20                                                                                               | 21                                             | 22 | 23 | 24 |
| MAÑANA |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| TARDE  |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| FECHA  | 25 | 26 | 27                                                         | 28                                                                                               | 29                                             | 30 | 31 | 1  |
| MAÑANA |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |
| TARDE  |    |    | RECUPERACIÓN DE GUSTAVO RESTREPO GRUPO 1, L.M. ID: 1514733 | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514734                                                               | ACTIVACIÓN SIN LÍMITES ID: 1514733             |    |    |    |



FESTI PARQUE MARRUECOS- ZONA SENSIBLE- LOCALIDAD RAFAEL URIBE.



ECOAVENTURA PARQUE SIMON BOLIVAR-GRUPO CORAZONES LIMPIOS, ID: 146460



RECREOLIMPIADAS-CUCUNUTEJO, ID: 151481



ACTIVACIÓN SIN LIMITES-IED GUSTAVO RESTREPO J.T, ID: 151337



ACTIVACIÓN SIN LIMITES-SEMILLAS DE CRISTO, ID: 151476



ECOAVENTURA PARQUE MOLINOS, PROYECTO 1113 ID: 151339



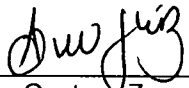
RECREOLIMPIADAS-LABERINTO DE ORIENTACIÓN -IED GUSTAVO RESTREPO J.M, ID: 147184



PRESENTACIÓN DEL ARTISTA INVITADO: USUARIO DE RECREACIÓN INCLUYENTE.

**SOPORTE A LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN LOCAL****PERIODO DE ACTIVIDADES: 26 AGOSTO AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2.018****CONTRATISTA: PAOLA ANDREA SAAVEDRA CUBIDES.****No. DEL CONTRATO: 2915 - DE 2.018****EXPEDIENTE VIRTUAL: 2018800201102616E****INFORME: N°2****CONCEPTO GESTOR ARBC**

En ocasiones debe mejorar la oportunidad de la disponibilidad de la información en medios magnéticos, aunque su actitud es positiva y permite retroalimentación, su proceso es positivo y se observa mejora de la planificación de acciones.



VoBo Gestor Zona 4 Sur

**LUZ ANGELA HINCAPIÉ**DOC. IDENTIFICACIÓN 105394679**NOTA DE DILIGENCIAMIENTO:**

Se deben registrar las observaciones realizadas al cumplimiento de las obligaciones contractuales, en lo pertinente a las relacionadas con las acciones de articulación y ejecución del PLIR, actitud y cumplimiento de metas.

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

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**  
(Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

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.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | IDRD -CTO-2915/2018           |                                                                                 |            |                    |
| 2                                                                                                                                                                                                          | Nombre del Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                              | PAOLA ANDREA SAAVEDRA CUBIDES |                                                                                 |            |                    |
| 3                                                                                                                                                                                                          | Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CC                            | X                                                                               | CE         | 53088092 DE BOGOTA |
| 4                                                                                                                                                                                                          | Régimen del impuesto a las ventas                                                                                                                                                                                                                                                                   | Simplificado                  |                                                                                 | X          | Común              |
| 5                                                                                                                                                                                                          | Residente en el país (Extranjeros)                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI                            |                                                                                 | NO         | X                  |
| 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                  |
| 7                                                                                                                                                                                                          | Declaración de ingresos                                                                                                                                                                                                                                                                             |                               |                                                                                 |            |                    |
|                                                                                                                                                                                                            | c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a \$44.602.600.                                                                                                                                                                       | SI                            |                                                                                 | NO         | X                  |
| 8                                                                                                                                                                                                          | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.                                                                                                                                       |                               |                                                                                 |            |                    |
|                                                                                                                                                                                                            | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 111.500,00                    | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$                                   | 142.800,00 |                    |
|                                                                                                                                                                                                            | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 9.400,00                      | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención 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 (2017). 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 (2017). Anexo                                                                                                                                                          | SI                            |                                                                                 | NO         | X                  |
| 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. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                 |            |                    |
| 12                                                                                                                                                                                                         | a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo                                                                                                                                                                                                                                        | SI                            | X                                                                               | NO         |                    |
|                                                                                                                                                                                                            | 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 (2018) \$8,620,560. (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 (2018) \$8,620,560. (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.

  
FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 25 MM 9 AA 2018

Último ingreso exitoso: 2018-09-09 / 10:54:26 PM | Último ingreso fallido: 2018-03-12 / 09:47:11 AM

|       |           |           |            |          |           |       |
|-------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|-------|
| Datos | Empleados | Planillas | Documentos | Reportes | Cesantías | Salir |
|-------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|-------|

Periodo Pensión: Septiembre 2018. Periodo Salud: Septiembre 2018.

Septiembre 23 de 2018 / 7:06 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

## Planillas / Resumen de pago

### Información básica de la planilla

Empresa: Paola Andrea Saavedra Cubides

Nit: 53088092

Tipo planilla: I

Periodo liquidación Pensiones: Agosto 2018

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: Agosto 2018

Número de radicación: 29484928

Total a pagar: \$263,700

Fecha de vencimiento: 23/08/2018

Total de empleados: 1

Fecha de pago: 13/08/2018

Número de administradoras: 3

### Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Medio de pago: Pago Electronico por PSE

Banco: BANCO DAVIVIENDA

Número de aprobación: 360324708

Estado de la transacción: Transacción aprobada

### Totales

| Código | NIT       | Administradoras               | No. Afiliados | *Número de Incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado     |
|--------|-----------|-------------------------------|---------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| 14-23  | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS  | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$9,400          |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$142,800        |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                 | 1             |                                              | \$0.00                                       | \$111,500        |
|        |           |                               |               |                                              |                                              | <b>\$263,700</b> |

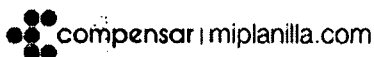
\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)<https://www.miplanilla.com/>

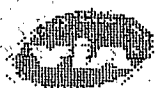
Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.



certicámara.

Powered by

Acercas de los  
certificados SSL



# MEMORANDUM

VIRGIN, NORVILLE

REFERENCIA: 0874033774451948222

TELEFONO: 3196496345

VALOR: 22.000

FECHA EXPI: SAB 18 AGO 18 16:30:51

230-01074120-230

770966-205113-444624-001263-58

181089930024

ROCK N ROLL 60 DIAS PARA USAR

TU RECARGA SI TIENES ROLLOS

LLAMA RUCKCENTER\*111. EN

VIRGIN TASANDOS X SEC

AGT 838017 CLR 8949270

07174222-603204

# CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE BOGOTÁ D.C.

Personería Jurídica No. 002738 de Agosto 9 de 1960

Actualizada con Resolución de la Secretaría de Gobierno No. 1044 de Diciembre de 2011.

NIT 830.054.009-9

CERTIFICA QUE:

**Saavedra Cubides Paola Andrea**

C.C. 53.088.092

Asistió y aprobó los requisitos exigidos del:

**CURSO BÁSICO PRIMER RESPONDIENTE  
A INCIDENTES**



Realizado en el Centro Comercial Plaza de las Américas P.H., el 20 de Marzo de 2018 en Bogotá D.C.  
con una intensidad horaria de ocho (8) horas académicas teórico-prácticas.

Validez de un (1) año.

**PLAZA**  
**DE LAS AMÉRICAS**  
Una Experiencia Memorabile

**Ct. EDINSON DUSSAN LOZADA**

Comandante – Director Administrativo

Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Bogotá D.C.

