1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Contratista	JOSÉ DE JESUS SANTA AGUDELO
Informe de Actividades Nº.	2 DE 6
Período	02/08/2021 al 01/09/2021
Número del Contrato	335
Objeto:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA EL PROGRAMA DE ESCUELA DE INICIACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA, EN LA MODALIDAD DE FUTBOL, EN EL MUNICIPIO DE SANTA ROSA DE CABAL.**
Plazo	Seis meses
Valor Total del Contrato	$8.100.000
Valor del Periodo del Informe	1.350.000
Fecha de Inicio	02-07-2021
Fecha de Terminación	31-12-2021
Plan, Programa o Proyecto	**Deporte, Recreación y Actividad Física como medio de trasformación social**
Supervisor	LEONARDO GALLEGO HERNÁNDEZ
Secretaría	Subsecretaria Deporte y Recreación

2. INFORMACIÓN TÉCNICA – DATOS GENERALES DE INTERVENCIÓN

CATEGORIA/GRUPO POBLACIONAL	RANGOS EDADES	N° PARTICIPANTES	GÉNERO	
			F	M
Primera infancia	0-5	0	0	0
Infancia	6-12	56	10	46
Adolescencia	13-17	31	7	24

Rangos de Edades: 0 – 5 años (X), 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		Víctimas del Conflicto	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
	5	1	3	16	61		1	0	0

BENEFICIARIOS POR ESTRATO					
-	0	1	2	3	OTROS
PLANEADA	20	20	20	20	
ATENDIDA	40	30	17	0	

BENEFICIARIOS POR ZONA	
U	R
87	0

3. DESARROLLO DEL CONTRATO

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Y/O OBSERVACIONES
1. Apoyar el Programa de Escuela de Iniciación y Formación Deportiva en la modalidad de futbol, para los niños, niñas y adolescentes del municipio de Santa Rosa de Cabal, con una cobertura mínima de cuatro grupos cada uno de 20 deportistas, con una intensidad de tres intervenciones por semana a cada grupo. promoviendo de manera positiva su desarrollo físico, mental, emocional y psicosocial	-Se continua con las convocatorias e inscripciones en las comunidades de la samaria, barrios del sur, san Bernardino. -Se lleva registro de los datos específicos de los niños convocados en el proceso de formación. -Se continua con las clases en los sectores seleccionados para el desarrollo del programa	*Se adjuntan:* *ANEXO 1. Volantes de preinscripción, para promocionar las ESPODE* *ANEXO 2. Planillas de inscripción* *ANEXO 3. Registro fotográfico de los Entrenamientos*	*33.2%*

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Y/O OBSERVACIONES
2. Apoyar y organizar los grupos por categorías para facilitar el desarrollo fisco y técnico de acuerdo a su edad y proceso pedagógico. .	Se continua con el proceso de formación deportiva con cuatro grupos: (grupo 1); barrio san Bernardino (grupo 2) barrio san Bernardino; (grupo 3) la samaria ;(grupo 4) cancha barrio la unión; (grupo 5) barrio la unión.	*ANEXO 2. Planillas de inscripción* *ANEXO 3. Registro fotográfico de los Entrenamientos*	*33.2%*
3. Acompañar en la realización de un (1) festival deportivo de fútbol donde participen las niñas, niños y adolescentes del Proceso de Iniciación y Formación Deportiva cada mes.	Para este periodo se realizó el segundo festival de futbol e integración de los grupos existentes, actividad realizada en la cancha sintética del centro.	*Se adjunta: ANEXO 4 Festival deportivo interno*	*33.2%*
4. Apoyar y mantener actualizado el cronograma semanal de actividades, el cual debe ser enviado al Supervisor del contrato.	Se presenta plan semanal de trabajo según grupos establecidos y escenarios deportivos asignados.	*Se adjunta: ANEXO 5 Plan semanal de trabajo*	*33.2%*

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Y/O OBSERVACIONES
5. Acompañar el programa de iniciación y formación deportiva de futbol en los diferentes sectores del municipio, buscando llegar a la comunidad más vulnerable. .	se continua con el proceso de formación deportiva con cuatro grupos: (grupo 1); barrio san Bernardino (grupo 2) barrio san Bernardino; (grupo 3) la samaria ;(grupo 4) cancha barrio la unión; (grupo 5) barrio la unión. (registro fotográfico anexo 5)	*ANEXO 2. Planillas de inscripción* *ANEXO 3. Registro fotográfico de los Entrenamientos.* *ANEXO 6. Control de asistencia a grupos permanentes.*	*33.2%*
6. Acompañar la escuela de padres que debe ser convocada cada dos meses y de esta manera comunicar a los padres de familia los alcances, novedades y progreso de los deportistas	para este periodo se realizó reunión con padres de familia programada para el mes dos(registro fotográfico y planillas de asistencia anexo 7)	*ANEXO 7 Registro fotográfico y planillas con firmas de los acudientes.*	*33.2%*

OBJETIVOS O ALCANCES DEL CONTRATO	ACTIVIDAD DESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO Y/O OBSERVACIONES
7. Asistir y participar de las reuniones y comités a las que sea convocado; así como apoyar y acompañar las demás actividades que sean programadas por la Subsecretaría de Deporte y recreación, relacionadas con el Programa de Escuelas de Formación Deportiva.	Apoyo a las actividades semana de la juventud programadas por la subsecretaria en el marco del clasificatorio de ajedrez. 12 de agosto. Asistencia a reunión citada por la subsecretaria de deportes 19 de agosto. Asistencia de apoyo a las actividades realizadas por la subsecretaria de deportes. Festival de cometas 22 de agosto.	*ANEXO 8 Registro fotográfico de actividades y planillas de asistencia a las reuniones.*	*33.2%*

LEONARDO GALLEGO HERNÁNDEZ
V.B. Supervisor
Sub secretario de Deporte y Recreación

JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO
Contratista
Monitor futbol ESPODE

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012859
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO
CIUDAD MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CLL 10 9-36	TELÉFONO:	3421214
TIPO APORTANTE:	62 INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			6602902151	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996345092

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										$ 145.400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS045	EPS045-SUBS MEDIMAS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.500	$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500
SUBTOTALES:									$ 9.500	$ 0	$ 0	$ 9.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 72012859	SANTA AGUDELO JOSE DE JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 908.526			NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	231001-COLFONDOS	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS045-SUBS MEDIMÁS	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-25-COLMENA	30	$ 908.526	72012859	$ 9.500

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 268.500

Planilla Pagada

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72012359
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE DE JESUS SANTA AGUDELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CLL 10 9-36	TELÉFONO:	3421214
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6602902151	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996345092	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	$ 145.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS045	EPS045-SUBS MEDIMÁS	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	$ 113.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 9.500
SUBTOTAL:			1	$ 9.500

TOTAL PAGADO:	$ 268.500

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.350.000	$ 908.526

PENSION	$ 145.364
SALUD	$ 113.566

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	1,044%	$ 9.485

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

$ 268.415
TOTAL

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.