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

MEMORANDO

11 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100750823

Bogotá D.C, 03/12/2018

PARA: JHAIR FERNANDO ORREGO PEREIRA
Subdirección de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de NOVIEMBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2666 De 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102485E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales ORTIZ CORREA HORACIO RAFAEL. CPS No 2666 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

MENDEZ LEAL ANDREA
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: (16) FOLIOS - (1) CD
Elaboró: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC
Aprobó: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.12.11 11:36:26 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

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

INFORME No.	5		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	30	11	2018

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2666 del 16 de Julio de 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011024 85E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	73.142.110	Registre el numero de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como **FORMADOR DEPORTIVO RANGO C** para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en el deporte de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al proyecto de inversión **TIEMPO ESCOLAR COMPLEMENTARIO** .	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	**CUATRO (4) MESES Y SIETE (07) DIAS,**	en
VALOR	**$ 7.177.744,00**	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17/07/18	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	30/11/18	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
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 suspension
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	26/10 AL 30/11/18	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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.).

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

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Avance, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Presentar a su Supervisor de Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato una propuesta del PLAN FORMADOR para cada grupo asignado de estudiantes de acuerdo con el Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular entregada por el proyecto.</td><td>Se realizó el diligenciamiento de la propuesta de trabajo para el centro de interés de Softbol y se sube al SIM teniendo en cuenta los lineamientos de los grupos, ciclos, edades, etc. Esta planificación permite una estructuración del plan de clase con antelación y sin contratiempos, gracias a la jornada de seguimiento se planteara y se desarrollaran las actividades con algunos ajustes, y el visto bueno de la Gestora IED Andrea Méndez.
Según lo establecido en el planeador durante este periodo trabajamos la medición de resultados en los cuatro grupos a cargo.
Se evidencia en cada uno de los grupos del centro de interés el avance significativo de los niños y niñas en cuanto el manejo del juego, en la parte motriz y técnica como el corrido de las bases, el bateo y fildeo de roling y flay, como las reglas del juego softbol y en general el entendimiento del mismo y la cooperación que con lleva este deporte en conjunto. En la parte educativa y social los niños y niñas aplican la guías asertivas dadas en cada periodo que estuvieron integrados en el deporte de softbol.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2. Ejecutar las sesiones de clases establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) Y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden</td><td>Para la entrega de este informe se cumple con esta obligación en el IED SANTA BARBARA atendiendo los niños del ciclo (3) Tres con la cobertura asignada de los, 4 grupos
<table>
<tr><th>Nombre del Colegio</th><th>No de grupo</th><th>Horario</th><th>Fechas Planeadas</th><th>Fechas ejecutadas</th></tr>
<tr><td>IED Santa Bárbara</td><td>1</td><td>Martes y jueves de 9:00 am a 11:00 am</td><td>30 OCT
01 NOV
06 NOV
08 NOV
13 NOV
15 NOV</td><td>30 OCTUBRE
01 NOVIEMBRE
06 NOVIEMBRE
08 NOVIEMBRE
13 NOVIEMBRE
15 NOVIEMBRE</td></tr>
<tr><td>IED Santa Bárbara</td><td>2</td><td>Martes y jueves de 1:00 pm a 3:00 pm</td><td>30 OCT
01 NOV
06 NOV
08 NOV
13 NOV
15 NOV</td><td>30 OCTUBRE
01 NOVIEMBRE
06 NOVIEMBRE
08 NOVIEMBRE
13 NOVIEMBRE
15 NOVIEMBRE</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>Nombre del Colegio</th><th>No de grupo</th><th>Horario</th><th>Fechas Planeadas</th><th>Fechas ejecutadas</th></tr>
</table></td></tr>
</table>

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

operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras obligaciones consagradas en el contrato hasta máximo de 7, avaladas previamente por el **Gestor IED** de su zona.

IED Santa Bárbara	**3**	**M/coles y viernes de 9:00 am a 11:00 am**	**26 OCT 31 0CT 02 NOV 07 N0V 09 NOV 14 NOV 16 NOV**	26 OCTUBRE 31 OCTUBRE 02 NOVIEMBRE 07 NOVIEMBRE 09 NOVIEMBRE 14 NOVIEMBRE 16 NOVIEMBRE
IED Santa Bárbara	**4**	**M/coles y viernes de 1:00 pm a 3:00 pm**	**26 OCT 31 0CT 02 NOV 07 N0V 09 NOV 14 NOV 16 NOV**	26 OCTUBRE 31 OCTUBRE 02 NOVIEMBRE 07 NOVIEMBRE 09 NOVIEMBRE 14 NOVIEMBRE 16 NOVIEMBRE
TOTAL SESIONES			**26 SESIONES PLANEADAS**	**26 SESIONES EJECUTADAS**

Se están realizando acompañamientos de los estudiantes registrados en los grupos en sus respectivas sedes ya que se han asignado rutas para el desplazamiento de los estudiantes al escenario deportivo

REUNIONES PEDAGOGICAS Y OPERATIVAS

LUGAR	FECHA Y HORA	No DE SESIONES
UDS ESTADIO DE SOFTBOL EL SALITRE	27/10/18	2 SESIONES
IED SANTA BARBARA SEDE B EVENTO	29/10/18	2 SESIONES
PARQUE EL TUNAL	07/11/18	1 SESION
UDS ESTADIO DE SOFTBOL EL SALITRE GRUPOS FOCALES	20/11/18	1 SESION

Melissa

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

	TOTAL | | 6 SESIONES **TOTAL DE SESIONES EJECUTADAS Y REUNIONES OPERATIVAS Y PEDAGOGICAS** | **32 SESIONES EN TOTAL**
Obligación No. 3. Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña **SIM** dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	*Desde el inicio del contrato se cuenta con usuario y contraseña ya que se pidió del correo roc1768@hotmail.com. Y asignaron usuario y contraseña.*
Obligación No. 4. Realizar la inscripción, y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de Información del proyecto.	Me fue asignado el usuario y contraseña, para entrar a la plataforma SIM, por lo cual subí grupos, sesiones de clases, e inscribí alumnos a los diferentes grupos, se informa a soportetiempoescolarc@gmail.com y a la Gestora IED.

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

Obligación No. 5. Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementada al **Sistema de Información Misional (SIM)**, de manera quincenal dentro de los (2) primeros días calendarios de cada quincena.

Las clases se planearon desde el 26 de OCTUBRE al 30 de NOVIEMBRE del 2018
Las clases, fueron objetos de visitas realizadas por la Gestora IED, Andrea Méndez. Y el coordinador de enlace del IED SANTA BARBARA Leyver Sierra

Nombre del Colegio	No de grupo	Horario	Fechas Planeadas	Fechas ejecutadas
IED Santa Bárbara	1	Martes y jueves de 9:00 am a 11:00 am	30 OCT 01 NOV 06 NOV 08 NOV 13 NOV 15 NOV	30 OCTUBRE 01 NOVIEMBRE 06 NOVIEMBRE 08 NOVIEMBRE 13 NOVIEMBRE 15 NOVIEMBRE
IED Santa Bárbara	2	Martes y jueves de 1:00 pm a 3:00 pm	30 OCT 01 NOV 06 NOV 08 NOV 13 NOV 15 NOV	30 OCTUBRE 01 NOVIEMBRE 06 NOVIEMBRE 08 NOVIEMBRE 13 NOVIEMBRE 15 NOVIEMBRE

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

Nombre del Colegio	No de grupo	Horario	Fechas Planeadas	Fechas ejecutadas
IED Santa Bárbara	3	M/coles y viernes de 9:00 am a 11:00 am	26 OCT 31 0CT 02 NOV 07 N0V 09 NOV 14 NOV 16 NOV	26 OCTUBRE 31 OCTUBRE 02 NOVIEMBRE 07 NOVIEMBRE 09 NOVIEMBRE 14 NOVIEMBRE 16 NOVIEMBRE
IED Santa Bárbara	4	M/coles y viernes de 1:00 pm a 3:00 pm	26 OCT 31 0CT 02 NOV 07 N0V 09 NOV 14 NOV 16 NOV	26 OCTUBRE 31 OCTUBRE 02 NOVIEMBRE 07 NOVIEMBRE 09 NOVIEMBRE 14 NOVIEMBRE 16 NOVIEMBRE
TOTAL SESIONES			26 SESIONES PLANEADAS	26 SESIONES EJECUTADAS

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

Obligación No. 6. Solicitar a la **IED** los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo – esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	Se trabajó con el enlace IED y los profesores acompañantes, y nos hicieron llegar los certificados médicos de los niños registrados en el centro de interés, para poder determinar las actividades a realizar. Además se construyó la hoja de Excel para llenar esos requisitos y anexarlos al CD.
Obligación No. 7. Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carne **EPS.**	Se hizo la solicitud al enlace IED por cada niño inscrito en nuestro centro de interés para estar atento a cualquier eventualidad. Se trabaja en la construcción del Excel para llenar los requisitos solicitados y anexarlos al CD.
Obligación No. 8. Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión o de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde sucedida la misma, haciendo esto ante su **GESTOR IED** y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional.	No se reporta ninguna novedad este periodo, se asignaron rutas y se desplazan los diferentes grupos del centro de interés al escenario deportivo.

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

Obligación No. 9. Asistir a las actividades programadas a nivel técnico. Operativo o administrativo en las **IED, el IDRD o la SED** que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	Se asiste a todas las actividades programadas por la Gestora IED y todas las directivas del proyecto. 1. FECHA: 27 DE OCTUBRE Lugar: UDS ESTADIO DE SOFTBOL EL SASLITRE Temas: Pruebas estudiantes seleccionados a semilleros Reunión valida 2 sesiones 2. FECHA: 29 de OCTUBRE Lugar: IED SANTA BARBARA SEDE B Temas: EVENTO INTEGRACION FAMILIA TEC Reunión valida 2 sesiones 3. FECHA: 07 de NOVIEMBRE Lugar: PARQUE METROPOLITANO EL TUNAL — Melissa. Temas: Entrega de diplomas TEC. Finalización del programa, Encuestas, Armonización ,Informes secopii Reunión valida 1 sesión 4. FECHA: 20 de NOVIEMBRE Lugar: UDS ESTADIO DE SOFTBOL EL SALITRE Temas :grupos focales sesión practica Reunión valida 1 sesión

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

Obligación No. 10. Entregar al supervisor del contrato el certificado del curso del primer respondiente o curso de alturas o salvamento acuático dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según las normativas vigentes.	Se realizó la entrega de la certificación del primer respondiente el día 18 de Julio del año en curso con la fotocopia del acta de inicio.
Obligación No. 11. Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados en la ley 1098 del 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los manuales de **Convivencia Escolar** de cada colegio.	Certifico que respetare los derechos de los niños, consagradas en esta ley y seguiré los lineamientos del manual de convivencia del IED SANTA BARBARA para el desarrollo del centro de interés de softbol y la armonía con los niños asignados a este.
Obligación No. 12. Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información **SGSI.**	Mantendré y cumpliré con el acuerdo de la seguridad de la información dada por el proyecto TEC, por la cual me comprometo a no divulgarla, ni modificarla para beneficio propio ni a terceros.

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.

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	EPS FAMISANAR	$ 97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	POORVENIR	$125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 8.200
	TOTAL	$ 230.900

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

H. Rafael Ortiz C.

HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA
Firma Contratista
Número de contrato y año: 2666 - 18
Objeto (resumen): Formador Deportivo Rango C
Periodo: 26/10 AL 30/11/18

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

Cumplio satisfactoriamente con su objeto contractual
Comprometido con su labor de formador

Andrea Méndez L

VoBoSupervisor del contrato
Nombre: Andrea Méndez Leal
N° de Identificación: 52.750.908
Cargo: Profesional Gestora IED

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.					2666 - 2018			
2	Nombre del Contratista					HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA			
3	Identificación	CC	X	CE		73.142.110			
4	Régimen del impuesto a las ventas					Simplificado	X	Común	
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
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 $ 97.700,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 125.000,00 Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 8.200,00 — 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 (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
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vinculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.								
	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 (2017) $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.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 30 MM 11 AA 2018

H. Rafael Ortiz C.
HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA
FIRMA

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-11-09, 03:41:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016749791

Periodo Cotización: noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8895661410

PAGADO 09/11/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA		
Documento	CC73142110	**Dirección**	CRA 29 4 - 28 VERAGUAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3036151
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min.Educ.	Total
CC 73142110	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781.242	$ 97.700	1.044	$ 781.242	$ 8.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 0	$ 230.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

12

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 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.					2666 - 2018			
2	Nombre del Contratista					HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA			
3	Identificación	CC	X	CE		73.142.110			
4	Régimen del impuesto a las ventas					Simplificado	X	Común	
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
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 $	97.700,00				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	125.000,00		
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	8.200,00				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 (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
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vinculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.								
	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 ó 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 (2017) $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.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 25 MM 10 AA 2018

H. Rafael Ortiz C.

HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA
FIRMA

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-11-09, 03:41:28 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016749784

Periodo Cotización: octubre de 2018 **Periodo Servicio:** octubre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8895661400

PAGADO 09/11/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA		
Documento	CC73142110	**Dirección**	CRA 29 4 - 28 VERAGUAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3036151
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 73142110	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781.242	$ 97.700	1,044	$ 781.242	$ 8.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 700	$ 231.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

14

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	73142110
NOMBRES	HORACIO RAFAEL
APELLIDOS	ORTIZ CORREA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	16/08/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/12/2018 18:07:58	Estación de origen:	190.157.244.57

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.