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

MEMORANDO 11 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100751163

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 2450 De 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102422E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales JIMENEZ VEGA HECTOR DAVID. CPS No 2450 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

CANGREJO MANRIQUE HUGO ARMANDO
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: (15) 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 12:25:46 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

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.	5		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	30	11	2018

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2450 del 11 Julio de 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011024 22E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HECTOR DAVID JIMENEZ VEGA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1022367490	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en 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 (7) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(9.415.488)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	16/07/ 2018.	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	30/11/ 2018	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	26 de octubre del 2018 al 30 de noviembre 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
Obligación No. 1: Presentar al Supervisor del Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato, una propuesta de 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.	**Avance**: Se cargo al SIM la propuesta de trabajo del plan formador del centro de interés FUTBOL DE SALON para el ciclo 3 y de acuerdo a los grupos asignados para el año 2018. Teniendo en cuenta los diferentes parámetros establecidos para el desarrollo del programa TEC, con el objetivo de fortalecer la propuesta metodológica de trabajo a las necesidades de la IED CEDID SAN PABLO. **Evidencia:** Plan formador **Ubicación:** Reposa en el sistema de información misional grupos de futbol de salón.
Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase 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 operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.	**Avance:** Se ejecutaron 26 sesiones en el ciclo 3 entre cursos 5,6 y 7 y se reportan en las observaciones, las visitas realizadas por el gestor IED. **EVIDENCIA**: **Grupo # 1.** **24 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 13:00 – 15:00 **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018 * 01/11/2018 * 06/11/2018 * 08/11/2018 * 13/11/2018 * 15/11/2018 **Grupo # 2.** **33 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 15:30 – 17:30. **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018

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.

	* 01/11/2018 * 06/11/2018 * 08/11/2018 * 13/11/2018 * 15/11/2018 **Grupo # 3.** **21 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** miércoles y viernes de 7:30 – 9:30 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 * 31/10/2018 * 02/11/2018 * 07/11/2018 * 09/11/2018 * 14/11/2018 * 16/11/2018 **Grupo # 4.** **20 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** miércoles y viernes de 9:45 – 11:45 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 * 31/10/2018 * 02/11/2018 * 07/11/2018 * 09/11/2018 * 14/11/2018 * 16/11/2018 **Evidencia**: Actas, SIM. **Ubicación:** La evidencia de estas sesiones reposa en el archivo del proyecto TEC GESTOR IED en la carpeta CEDID SAN PABLO y en el sistema misional y en el C.D. adjunto.
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.	**Avance:** Se dio cumplimiento a la obligación asignación del Usuario y la Contraseña del Sistema de Información Misional (SIM). Lo solicite al correo: **SOPORTE TIEMPO ESCOLAR**

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.

	<soportetiempoescolarc@gmail.com> Desde mi correo: david317_@hotmail.com Usuario: David.jimenez **Evidencia: Correo** **Ubicación:** Correo electrónico david317_@hotmail.com
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.	**Avance:** Se ejecutan las sesiones de clase según los parámetros establecidos por el IDRD Se ejecuto las sesiones para el centro de interés de futsal atendiendo estudiantes de los grados 5, 6 y 7 de la institución educativa CEDID SAN PABLO, para dar validez de las asistencias a las primeras sesiones se realiza un acta junto con el gestor IED mientras se obtenía el acceso al sistema misional. **Grupo # 1.** **24 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 13:00 – 15:00 **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018 asisten 22 estudiantes * 01/10/2018 asisten 24 estudiantes * 06/11/2018 asisten 21 estudiantes * 08/11/2018 asisten 19 estudiantes * 13/11/2018 asisten 20 estudiantes * 15/11/2018 asisten 18 estudiantes **Grupo # 2.** **33 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 15:30 – 17:30 **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018 asisten 29 estudiantes * 01/11/2018 asisten 31 estudiantes * 06/11/2018 asisten 22 estudiantes * 08/11/2018 asisten 27 estudiantes * 13/11/2018 asisten 27 estudiantes * 15/11/2018 asisten 27 estudiantes **Grupo # 3.** **21 Escolares inscritos.**

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.

	C.I de Futbol de salón. **Horarios:** miércoles y viernes de 7:30 – 9:30 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 asisten 14 estudiantes * 31/10/2018 asisten 21 estudiantes * 02/11/2018 asisten 21 estudiantes * 07/11/2018 asisten 20 estudiantes * 09/11/2018 asisten 14 estudiantes * 14/11/2018 asisten 20 estudiantes * 16/11/2018 asisten 21 estudiantes **Grupo # 4.** **20 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** miércoles y viernes de 9:45 – 11:45 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 asisten 19 estudiantes * 31/10/2018 asisten 19 estudiantes * 02/11/2018 asisten 19 estudiantes * 07/11/2018 asisten 19 estudiantes * 09/11/2018 asisten 17 estudiantes * 14/11/2018 asisten 20 estudiantes * 16/11/2018 asisten 18 estudiantes **Evidencia:** SIM. **Ubicación:** SIM. CD obligación 4
Obligación 5: planear u subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	**Avance:** Se realizo la planeación y ejecución de las sesiones de clase según los parámetros y plazos establecidos por el IDRD **Grupo # 1.** **24 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 13:00 – 15:00 **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018 * 01/11/2018 * 06/11/2018 * 08/11/2018

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.

	* 13/11/2018 * 15/11/2018 **Grupo # 2.** **33 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** martes y jueves de 15:30 – 17:30 **IED Cedid San Pablo.** * 30/10/2018 * 01/11/2018 * 06/11/2018 * 08/11/2018 * 13/11/2018 * 15/11/2018 **Grupo # 3.** **21 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** miércoles y viernes de 7:30 – 9:30 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 * 31/10/2018 * 02/11/2018 * 07/11/2018 * 09/11/2018 * 14/11/2018 * 16/11/2018 **Grupo # 4.** **20 Escolares inscritos.** **C.I de Futbol de salón.** **Horarios:** miércoles y viernes de 9:45 – 11:45 **IED Cedid San Pablo.** * 26/10/2018 * 31/10/2018 * 02/11/2018 * 07/11/2018 * 09/11/2018 * 14/11/2018 * 16/11/2018 **EVIDENCIA:** Planes Clase **Ubicación:** Sistema misional de información /

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.

	C.D. adjunto.
6. Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones músculo-esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	**Avance:** Se indaga con los acudientes si el estudiante tiene algún problema de salud y/o con la actividad física. **Evidencia:** circular. **Ubicación:** Las circulares reposan en la institución educativa y la información reposa en la base de datos del formador.
7. Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.	**Avance:** En el proceso de inscripción se solicita al padre de familia o acudiente, por medio de circular, que sea adjuntado fotocopia de documento de identificación del estudiante junto con la fotocopia de carné de EPS o una certificación de afiliación. **Evidencia:** Se realiza una base de datos con la información del estudiante recibida al momento de la inscripción. **Ubicación:** Base de datos del formador y carpeta del centro de interés ubicada en la institución educativa.
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 acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional.	**Evidencia:** Hasta la fecha no se ha presentado ninguna novedad en el desarrollo de las sesiones de clase.
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.	**Avance:** Se asiste a cada una de las actividades que han sido programadas tanto en el IDRD como en la institución educativa. He asistido a todas las citaciones que coordinadores, docentes y asesores pedagógicos han programado. Durante el periodo de actividades comprendido entre el 26 del Octubre al 30 de Noviembre se realizaron 2 actividades de orden pedagógico y operativo homologadas como **0** sesiones. Actividades realizadas: ***16/11/2018.**

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.

	Agenda: *ACTIVIDAD PEDAGOGICA PATINAJE **Hora:** 15:00 – 19:15. **Lugar:** IED CEDID SAN PABLO **Asisten:** Formadores, gestores. ***23/11/2018.** **Agenda: *EVALUACION Y COEVALUACION** **Hora:** 08:00 – 13:00. **Lugar:** IED CEDID SAN PABLO SEDE D **Asisten:** Formadores, gestores.
10. Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios 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 la normatividad vigente.	**Evidencia:** Se hizo entrega al gestor IED Hugo cangrejo el Certificado del curso de Primer respondiente en el primer informe. Se expidió el 18 de noviembre del 2018 y vence el 18 de noviembre del 2019. **Ubicación:** Reposa en el primer informe de actividades y cd adjunto
11. Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.	**Avance**: Se solicita el manual de convivencia a la profesora enlace para dar cumplimiento con la ley 1098 de 2006.
12. Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	**Avance:** Se tiene conocimiento de la presente obligación y se dará cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI
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.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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.

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	COLFONDOS	125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	SURA	8.200
	TOTAL	**230.900**

4. ANEXOS (Planilla seguridad Social, Certificación cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.)

Firma Contratista

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

Durante el periodo de actividades el contratista dio cumplimiento a sus obligaciones

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Hugo Armando Cangrejo Manrique
N° de Identificación: 80920778
Cargo: Gestor IED

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.				2450 DE 2018			
2	Nombre del Contratista				HECTOR DAVID JIMENEZ VEGA			
3	Identificación	CC	X	CE		1.022.367.490		
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 vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.							
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo					SI		NO X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI		NO X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (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.

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

FIRMA

19/15

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022367490		JIMENEZ VEGA HECTOR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 93D - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485817316	8485817316	I	2018/12/21	2018/11/13	BANCO BOGOTA	0	$230,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$8,200		$0	$0		$230,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$8,200		$0	$0		$230,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$8,200		$0	$0		$230,900
1	CC	1022367490	JIMENEZ HECTOR								X									231001	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-23	30	$781,242	$8,200	0	$0	$0	No	$230,900
Total Afiliados(1)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$8,200		$0	$0		$230,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022367490		JIMENEZ VEGA HECTOR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 93D - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	8485817316	8485817316	I	2018/12/21	2018/11/13	BANCO BOGOTA	0	$230,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$230,900	$0	$0	$230,900

2018/11/13 11:58 AM

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.			2450 DE 2018				
2	Nombre del Contratista	HECTOR DAVID JIMENEZ VEGA						
3	Identificación	CC	X	CE		1.022.367.490		
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 $	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 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 vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.							
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo					SI		NO X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI		NO X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (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.

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

FIRMA

12/15

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022367490		JIMENEZ VEGA HECTOR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 93D - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	8485817293	8485817293	I	2018/11/23	2018/11/13	BANCO BOGOTA	0	$263,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$892,000	$142,800			$892,000	$111,500			$0	$0			$892,000	$9,400		$0	$0		$263,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$892,000	$142,800			$892,000	$111,500			$0	$0			$892,000	$9,400		$0	$0		$263,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$892,000	$142,800			$892,000	$111,500			$0	$0			$892,000	$9,400		$0	$0		$263,700
1	CC	1022367490	JIMENEZ HECTOR	231001	30	$892,000	$142,800	EPS017	30	$892,000	$111,500		0	$0	$0	14-23	30	$892,000	$9,400	0	$0	$0	No	$263,700
Total Afiliados(1)						$892,000	$142,800			$892,000	$111,500			$0	$0			$892,000	$9,400		$0	$0		$263,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022367490		JIMENEZ VEGA HECTOR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 93D - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	8485817293	8485817293	I	2018/11/23	2018/11/13	BANCO BOGOTA	0	$263,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$142,800	$0	$0	$142,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$142,800	$0	$0	$142,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,500	$0	$0	$111,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$111,500	$0	$0	$111,500
TOTAL				1	$263,700	$0	$0	$263,700

2018/11/13 11:53 AM

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	1022367490
NOMBRES	HECTOR DAVID
APELLIDOS	JIMENEZ VEGA
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	16/02/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/13/2018 11:38:58	Estación de origen:	190.240.140.195

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.

14/15

IMPRIMIR CERRAR VENTANA