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

MEMORANDO 11 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100751083

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 2503 De 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102433E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales ACOSTA SEGURA JUAN SEBASTIAN. CPS No 2503 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

CANGREJO MANRIQUE HUGO ARMANDO
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 12:25:28 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.	05		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	30	11	2018

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2503 DEL 12 DE JULIO DE 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011024 33E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JUAN SEBASTIAN ACOSTA SEGURA**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**C.C 1030.560.493 DE BOGOTA**	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	El plazo de ejecución será de **CUATRO (4) MESES SIETE DIAS (7) DIAS** contados a partir del acta de iniciación, previa aprobación de la garantía única (en los casos que requiera) y expedición del registro presupuestal.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	**Nueve Millones Cuatrocientos Quince Mil Cuatrocientos Ochenta Y Ocho pesos moneda legal colombiana (9.415.488)**	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	**JULIO 16 de 2018**	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	**NOVIEMBRE 30 de 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

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.

PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	**26/10/2018 – 30/11/2018**	**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.).

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 elaboró la propuesta pedagógica con los ajustes técnicos pertinentes para el trabajo y desarrollo dentro del centro de interés de TENIS DE MESA del programa (Tiempo Escolar Complementario TEC), teniendo en cuenta el plan metodológico, guías sociales y plan pedagógico construido de acuerdo a los lineamientos establecidos por el IDRD para el ciclo 2 Y 3 desarrollado hasta el mes de Noviembre y así lograr cumplir con el PEI del colegio FRANCISCO DE PAULA SANTANDER. (Hacia una formación humanística integral y dinámica para el siglo XXI). **EVIDENCIA:** Plan Formador 2018 **UBICACIÓN:** con copia al correo del gestor IED Hugo Armando Cangrejo Manrique, adjunto cd informe obligación 1 y sistema de información misional para los 4 grupos asignados de tenis de mesa.
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.	**AVANCES**: se ejecutaron 23 sesiones de clase entre los grupos asignados en el colegio **FRANCISCO DE PAULA SANTANDER IED BOSA** bajo las observaciones pedagógicas de nuestro gestor IED de la siguiente manera. **GRUPO 1 TENIS DE MESA,** LOS DIAS MARTES Y JUEVES de 10:15 am 12:15 m LUGAR: Institución Educativa **(5 sesiones)** • 30 OCTUBRE • 01 NOVIEMBRE • 08 NOVIEMBRE • 13 NOVIEMBRE • 15 NOVIEMBRE

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.

	GRUPO 2 TENIS DE MESA, LOS DIAS MARTES Y JUEVES de 12:30 pm a 14:30 LUGAR: Institución Educativa **(4 sesiones)** • 30 OCTUBRE • 01 NOVIEMBRE • 08 NOVIEMBRE • 13 NOVIEMBRE **GRUPO 3 TENIS DE MESA,** LOS DIAS MIERCOLES Y VIERNES de 10:00 am 12:00 m LUGAR: Institución Educativa **(7 sesiones)** • 26 OCTUBRE • 31 OCTUBRE • 02 NOVIEMBRE • 07 NOVIEMBRE • 09 NOVIEMBRE • 14 NOVIEMBRE • 16 NOVIEMBRE **GRUPO 4 TENIS DE MESA,** LOS DIAS MIERCOLES Y VIERNES de 12:30 Pm a 14:30 LUGAR: Institución Educativa **(7 sesiones)** • 26 OCTUBRE • 31 OCTUBRE • 02 NOVIEMBRE • 07 NOVIEMBRE • 09 NOVIEMBRE • 14 NOVIEMBRE • 16 NOVIEMBRE **EVIDENCIA:** planeaciones de clase **UBICACIÓN:** sistema de información misional grupos 1,2,3,4 de tenis de mesa y en cd adjunto de informa obligación 2 sesiones de clase Por otra parte, durante el periodo de actividades comprendido entre el 26 de Octubre al 30 de Noviembre se realizaron 4 actividades de orden pedagógico y operativo homologadas como 6 sesiones. Para un total de 29 sesiones

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.

	• 06 De Noviembre , Actividad GRUPO FOCAL, agrupaciones deportiva, LUGAR: Parque la Amistad HORA: 09:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, Gestora Pedagógica Mónica Prieto • 16 de Noviembre , Actividad Pedagógica Gestor IED LUGAR: Colegio Cedid San Pablo HORA: 15:00 A 19:15 asisten: formadores TEC, Gestor IED, • 20 de Noviembre, Actividad GRUPO FOCAL, agrupaciones deportiva sesión práctica, LUGAR: UDS Liga Tenis De Mesa HORA: 09:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, gestores IED Gestora Pedagógica Mónica Prieto • 23 de Noviembre, Actividad Pedagógica Gestor IED LUGAR: Colegio Cedid San Pablo HORA: 08:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, Gestor IED **EVIDENCIA:** actas de reunión **UBICACIÓN:** las actas reposan en CD informe obligación 2 y 9; las actas originales reposan en el informe del Gestor IED Hugo Armando Cangrejo Y Gestora Pedagógica Mónica Prieto
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 da cumplimiento dado que, se solicito usuario y contraseña por medio de correo electrónico juancj16@hotmail.com, dándose respuesta por parte de soporte tiempo escolar soportetiempoescolarc@gmail.com **EVIDENCIA: USUARIO:** JUAN.ACOSTA **CONTRASEÑA:** Julieta0116 **UBICACIÓN:** SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL
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.	**AVANCE:** se realizó inscripción y el registro de asistencia de cada uno de los estudiantes de los cuatro grupos a la SIM, Máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto. además se lleva planilla física de asistencia con la cual se realiza el consolidado para el informe semanal al gestor IED **GRUPO 1 (MARTES Y JUEVES 10:15: – 12:15)** **Estudiantes inscritos: 17 estudiantes** **IED: FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** • 30 OCTUBRE - 17 estudiantes • 01 NOVIEMBRE - 17 estudiantes

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.

	• 08 NOVIEMBRE - 17 estudiantes • 13 NOVIEMBRE - 08 estudiantes • 15 NOVIEMBRE - 10 estudiantes **GRUPO 2 (MARTES Y JUEVES 12:30: – 14:30)** **Estudiantes inscritos: 15 estudiantes** **IED: FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** • 30 OCTUBRE - 15 estudiantes • 01 NOVIEMBRE - 15 estudiantes • 08 NOVIEMBRE - 15 estudiantes • 13 NOVIEMBRE - 09 estudiantes **GRUPO 3 (MIERCOLES Y VIERNES 10:00: – 12:00)** **Estudiantes inscritos: 8 estudiantes** **IED: FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** • 26 OCTUBRE - 07 estudiantes • 31 OCTUBRE - 08 estudiantes • 02 NOVIEMBRE - 08 estudiantes • 07 NOVIEMBRE - 07 estudiantes • 09 NOVIEMBRE - 08 estudiantes • 14 NOVIEMBRE - 06 estudiantes • 16 NOVIEMBRE - 06 estudiantes **GRUPO 4 (MIERCOLES Y VIERNES 12:30: – 14:30)** **Estudiantes inscritos: 16 estudiantes** **IED: FRANCISCO DE PAULA SANTANDER** • 26 OCTUBRE - 16 estudiantes • 31 OCTUBRE - 16 estudiantes • 02 NOVIEMBRE - 13 estudiantes • 07 NOVIEMBRE - 14 estudiantes • 09 NOVIEMBRE - 16 estudiantes • 14 NOVIEMBRE - 11 estudiantes • 16 NOVIEMBRE - 10 estudiantes **EVIDENCIA:** asistencia en sesiones de clase plataforma SIM y en eventos **Total Estudiantes Inscritos En El SIM: 56** **Estudiantes Pendientes Por Registrar: 0** **UBICACION:** registro de asistencia e inscripción de estudiantes en el SIM GRUPOS 1,2,3 Y 4 De Tenis De Mesa y en cd de informe obligación 4
Obligación No. 5. Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de	**AVANCE**: Se ha planeado 26 sesiones de clase durante los 2 primeros días de cada quincena desde el corte al

ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS. V-4

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.

	(7 sesiones) • 26 OCTUBRE • 31 OCTUBRE • 02 NOVIEMBRE • 07 NOVIEMBRE • 09 NOVIEMBRE • 14 NOVIEMBRE • 16 NOVIEMBRE **EVIDENCIA:** planes de clase **UBICACIÓN:** adjuntos en cd de informe obligación 5 y en el SIM
Obligación No. 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:** Para la presente obligación se solicitó por medio del gestor IED los antecedentes médicos de los estudiantes, El docente enlace se comprometió a gestionar los antecedentes de los escolares, sin embargo se continúa en la recepción de algunos documentos y detalles particulares para el buen desarrollo del proceso. Dicha información fue entregada por docente enlace ELIANA TOVAR **EVIDENCIAS:** la ficha de antecedentes **UBICACIÓN:** reposa en la carpeta az del grupo formadores programa TEC. Oficina de la docente enlace ELIANA TOVAR.
Obligación No. 7. Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS	**AVANCE:** Se lleva una carpeta con la documentación del estudiante donde reposa, fotocopia de la EPS fotocopia tarjeta de identidad, para llevar un control adecuado de los estudiantes. Dicha información será de uso para los formadores, docente de enlace ELIANA TOVAR. Además, Se continúa en la gestión respectiva para que los estudiantes entreguen la documentación de manera completa. **EVIDENCIA:** carpeta con documentación correspondiente de los estudiantes del programa TEC **UBICACIÓN:** reposa en la carpeta az del grupo formadores programa TEC. Oficina de la docente enlace ELIANA TOVAR.
Obligación No. 8. Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó 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.	**AVANCE:** no se ha presenta ningún inconveniente en la ejecución y realización de las actividades propuestas para el centro de interés de TENIS DE MESA colegio FRANCISCO DE PAULA SANTANDER IED, debido a que el escenarios deportivo está ubicado en la Institución Educativa y cuenta con una infraestructura adecuada para la realización de las clases.
Obligación No. 9 Asistir a las actividades	**AVANCE:** Se asiste a las reuniones programadas por el

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.

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.	gestor IED a nivel técnico, pedagógico y operativo • 06 De Noviembre , Actividad GRUPO FOCAL, agrupaciones deportiva, LUGAR: Parque la Amistad HORA: 09:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, Gestora Pedagógica Mónica Prieto • 16 de Noviembre , Actividad Pedagógica Gestor IED LUGAR: Colegio Cedid San Pablo HORA: 15:00 A 19:15 asisten: formadores TEC, Gestor IED, • 20 de Noviembre, Actividad GRUPO FOCAL, agrupaciones deportiva sesión práctica, LUGAR: UDS Liga Tenis De Mesa HORA: 09:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, gestores IED Gestora Pedagógica Mónica Prieto • 20 de Noviembre, Ciclo De Actualización En Tenis De Mesa Práctica, LUGAR: SALON DE SQUASH HORA: 13:00 A 16:00 asisten: formadores TEC, tallerista. Freddy Aguilar • 23 de Noviembre, Actividad Pedagógica Gestor IED LUGAR: Colegio Cedid San Pablo HORA: 08:00 A 13:00 asisten: formadores TEC, Gestor IED **EVIDENCIA:** Actas De Reunión **UBICACIÓN:** actas en PDF que reposan en los archivos del CD de informe obligación 9 y correo de Gestor IED Hugo Armando Cangrejo Manrique
Obligación No. 10 Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.	**AVANCE:** en el periodo de actividades no se ha identificado ningún talento para semilleros, ya que aún no apropian habilidades técnicas del TENIS DE MESA.
Obligación No. 11 Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente ó curso de primeros auxilios ó curso de alturas ó 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..	**AVANCE:** Se entregó al Gestor IED HUGO ARMANDO CANGREJO MANRIQUE el certificado del curso de primer respondiente anexado en los documentos solicitados para contratación y entrega de pagos. El curso primer respondiente fue realizado el día 22 de Noviembre del 2017 con fecha de Renovación el día 23 de Noviembre de 2019 **EVIDENCIA** certificado del Curso De Primer Respondiente **UBICACIÓN:** adjunto en CD informe obligación 11
Obligación No. 12 Ser garante de los	**AVANCE:** basados en la totalidad de manual de

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.

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.	convivencia institucional, dentro de nuestra gestión como formadores deportivos prevalecen los derechos de los niños, niñas y adolescentes sin ninguna discriminación, ni descuido que ponga en riesgo la vida e integridad de los mismos, valorando sus derechos, minimizando riesgos y sobre todo permitiendo su libre desarrollo integral cumpliendo con los objetivos sociales y ejes trasversales del proyecto TEC.
Obligación No. 13 Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato	**AVANCE:** Se Atiende a las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato del proyecto escolar TEC.
Obligación No. 14 Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	**AVANCE:** toda la información, documentación y datos brindados por parte del personal TEC es manejado con confidencialidad y de acuerdo a los parámetros establecidos.
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.	

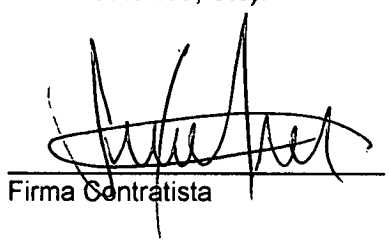
INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	EPS SURA	97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA DE SEGUROS	8.200
	TOTAL	**230.900**

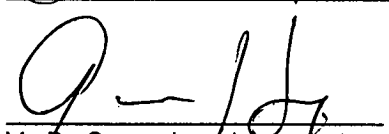
4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).



Firma Contratista

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

Durante el periodo de actividades el contratista cumplio con sus obligaciones satisfactoriamente



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: HUGO ARMANDO CANGREJO MANRIQUE
N° de Identificación: 80.920.778
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.					2503 de 2018					
2	Nombre del Contratista					JUAN SEBASTIAN ACOSTA SEGURA					
3	Identificación	CC	X	CE		1030560493 DE BOGOTA					
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 requieran 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	X	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matricula 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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

Fecha creación reporte 2018-11-09, 09:50:44 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016728163 **Referencia pago(PIN)** 8895629890

Periodo Cotización 201811 **Periodo Servicio** 201811

Cliente:

PAGADA 2018-11-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN ACOSTA SEGURA				
Documento	CC 1030560493	**Dirección**	CLL 53 SUR N°77 H -93		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7006657		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030560493		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ACOSTA SEGURA JUAN SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																				Extranjero	Sl. Integral	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARL	Dias CCF			
															0	30	30	30	0			$ 78,124

Pensión							Salud						
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Fondo FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	
230301		16 %	$ 781,243	$ 125,000	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 781,243	$ 97,700	$ 0	

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-23	2	1.044 %	$ 781,243	$ 8,200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 97,700	$ 8,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230,900

Líneas 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 58 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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.					2508 de 2018					
2	Nombre del Contratista	JUAN SEBASTIAN ACOSTA SEGURA									
3	*Identificación*	CC	X	CE		*1090580483 DE BOGOTA*					
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 $	105.300,00				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		134.800,00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	8.800,00				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 (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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-22, 03:52:33 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016337689 **Referencia pago(PIN)** 8895059300

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-22

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN ACOSTA SEGURA				
Documento	CC 1030560493	**Dirección**	CLL 53 SUR N°77 H -93		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7006657		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1030560493		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ACOSTA SEGURA JUAN SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF
															0	30	30	30	0

Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión: Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Salud: Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Riesgos: Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Caja: Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Parafiscales: Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
		$ 842,000	230301		16 %	$ 842,000	$ 134,800	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 842,000	$ 105,300	$ 0	14-23	2	1.044 %	$ 842,000	$ 8,800	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 134,800	$ 0	$ 0	$ 105,300	$ 8,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 248,900

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: 381 86 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

14

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	1030560493
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	ACOSTA SEGURA
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	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO	30/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/09/2018 15:15:47	Estación de origen:	186.84.89.49

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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA