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

MEMORANDO 05 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100747293

Bogotá D.C, 30/11/2018

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 2448 De 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102466E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales RINCON RODRIGUEZ WILLIAM ANDRES. CPS No 2448 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

MEDINA RODRIGUEZ SORAYA ASTRID
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: ( 12 ) FOLIOS - ( 1 ) CD
Elaboró: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC
Aprobó: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.12.05 14:38:23 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 |
|---|
| 2448 DEL 12 DE JULIO DEL 2018 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| 20188002011102466E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | WILLLIAM ANDRES RINCON RODRIGUEZ | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 80146253 | 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 Y SIETE (7) DIAS, contados a partir de la suscripción del acta de iniciación, previa aprobación de la garantía única (en los casos en los que se 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 | 16 DE JULIO DEL 2018 | Registre la fecha de inicio del acta |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN | 30 DE NOVIEMBRE DEL 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 al 30 de noviembre del 2018 | Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades |

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.**

## 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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Avance, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>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</td><td>Se desarrolló de acuerdo a las necesidades del colegio y según los parámetros exigidos por el idrd y acorde a las fechas establecidas de funcionamiento del centro de interés de capoeira.<br><br>EVIDENCIA: Reposa en la SIM, en cada grupo se encuentra su plan formador, y en CD EN LA CARPETA DE LA OBLIGACION 1 correspondiente al mes.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>CI: capoeira Escenario: parque cayetano cañizares<br>Sesiones ejecutadas:<br><table><tr><th rowspan="2">GRUPO</th><th colspan="2">HORARIOS</th><th rowspan="2">FECHAS</th></tr><tr><th>DIAS</th><th>HORAS</th></tr><tr><td>1</td><td>MA-J</td><td>10:00 am –12:00 pm</td><td>Octubre 30<br>Noviembre 1, 6, 8, 13, 15</td></tr><tr><td>2</td><td>MA-J</td><td>1:30 pm – 3:30 pm</td><td>Octubre 30<br>Noviembre 1, 6, 8, 13, 15</td></tr><tr><td>3</td><td>MI-V</td><td>10:00 am –12:00 pm</td><td>Octubre 26, 31<br>Noviembre 2, 7, 9, 14, 16</td></tr><tr><td>4</td><td>MI-V</td><td>1:30 pm – 3:30 pm</td><td>Octubre 26, 31<br>Noviembre 2, 7, 9, 14, 16</td></tr></table><br>EVIDENCIA: Reposa en el SIM, actas ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente (No 2) correspondiente al mes</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Se realizó la solicitud de acceso al SIM (sistema misional) el día 16 de febrero del 2018, por medio del correo: soportetiempoescolarc@gmail.com, al cual responden el 20 de febrero 2018, al correo warrmetal@gmail.com donde asignan un usuario y contraseña.</td></tr>
<tr><td>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</td><td>Se realiza el registro en el sistema misional según lo establecido por el idrd, sin novedad o inconveniente alguno<br><br>Grupo 1 (10 am- 12 pm) 29 inscritos :<br>• Martes 30 octubre: 23 estudiantes<br>• Jueves 01 noviembre: 22 estudiantes<br>• Martes 06 noviembre: 17 estudiantes<br>• Jueves 08 noviembre: 23 estudiantes<br>• Martes 13 noviembre: 18 estudiantes<br>• Jueves 15 noviembre: 17 estudiantes</td></tr>
</table>

# 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.**

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
Grupo 2 (1:30 pm a 3:30 pm) 20 inscritos:<br>
• Martes 30 octubre: 14 estudiantes<br>
• Jueves 01 noviembre: 14 estudiantes<br>
• Martes 06 noviembre: 16 estudiantes<br>
• Jueves 08 noviembre: 14 estudiantes<br>
• Martes 13 noviembre: 15 estudiantes<br>
• Jueves 15 noviembre: 12 estudiantes<br><br>
Grupo 3 (10 am- 12 pm) 30 inscritos:<br>
• Viernes 26 octubre: 25 estudiantes<br>
• Miércoles 31 octubre: 23 estudiantes<br>
• Viernes 02 noviembre: 21 estudiantes<br>
• Miércoles 07 noviembre: 24 estudiantes<br>
• Viernes 09 noviembre: 24 estudiantes<br>
• Miércoles 14 noviembre: 22 estudiantes<br>
• Viernes 16 noviembre: 24 estudiantes<br><br>
Grupo 4 (1:30 pm a 3:30 pm) 19 inscritos:<br>
• Viernes 26 octubre: 15 estudiantes<br>
• Miércoles 31 octubre: 13 estudiantes<br>
• Viernes 02 noviembre: 13 estudiantes<br>
• Miércoles 07 noviembre: 12 estudiantes<br>
• Viernes 09 noviembre: 09 estudiantes<br>
• Miércoles 14 noviembre: 13 estudiantes<br>
• Viernes 16 noviembre: 14 estudiantes<br><br>
Evidencia: Reposa en las actas, Sim y ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente (No 4) correspondiente al mes.
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5: Planear y 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</td>
<td>
Se crean y se ingresan las sesiones de acuerdo a los parámetros del idrd a la plataforma SIM (sistema misional), sin ningún contratiempo hasta la fecha del presente informe.<br>
CI: capoeira Escenario: parque cayetano cañizares<br>
Sesiones ejecutadas:
<table>
<tr><th rowspan="2">GRUPO</th><th colspan="2">HORARIOS</th><th rowspan="2">FECHAS</th></tr>
<tr><th>DIAS</th><th>HORAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>MA – J</td><td>10:00 am–<br>12:00 pm</td><td>Octubre 30<br>Noviembre 1, 6, 8, 13, 15</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MA – J</td><td>1:30 pm–<br>3:30 pm</td><td>Octubre 30<br>Noviembre 1, 6, 8, 13, 15</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MI – V</td><td>10:00 am–<br>12:00 pm</td><td>Octubre 26, 31<br>Noviembre 2, 7, 9, 14, 16</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MI - V</td><td>1:30 pm –<br>3:30 pm</td><td>Octubre 26, 31<br>Noviembre 2, 7, 9, 14, 16</td></tr>
</table>
EVIDENCIA: reposa en el SIM y las actas ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente (No 5) correspondiente al mes.
</td>
</tr>
</table>

# 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.**

| | |
|---|---|
| **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. | El colegio Alfonzo López michelsen desarrolla un formulario para la inscripción de los niños en los centros de interés, donde se indica los datos e información del niño y del acudiente, donde se anexa la documentación requerida (documento, eps) además el acudiente debe informar sobre cualquier condición médica específica y de ser necesario certificado medico<br>**EVIDENCIA**: Los documentos se encuentran en la carpeta del grupo. Se anexa fotos de la información de cada carpeta de grupo ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente |
| **Obligación No. 7:** Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS. | Cada grupo del centro de interés tiene su propia carpeta específica la cual contiene los documentos necesarios para la participación ( eps, documento de identidad) más formulario de accidentalidad de secretaria de educación.<br>**EVIDENCIA**: los documentos de cada niño se encuentran en su respectiva carpeta del grupo. Se anexa fotos de la información de cada carpeta de grupo ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente |
| **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. 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. | Desde la fecha correspondiente al presente informe hasta la fecha de finalización del mismo no se ha presentado ningún hecho, suceso, que pueda perturbar el desarrollo de la sesión o del objetivo contractual.<br><br>EL centro de interés de capoeira, al ser perteneciente al dunt o nuevas tendencias no está en el programa de semilleros y además los niños son del ciclo uno no hay semillero o deporte especifico en el que puedan participar. |
| **Obligación No. 9**: Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, pedagógico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual. | **Jueves 08 de noviembre (07:00 am a 9:00 am) 1 sesión** Operativa (pagos, reunión rectoría )<br><br>**Jueves 15 de noviembre (8:00 am a 10:00 am) 1 sesión** reunión rectora (retroalimentación, felicitaciones, organización 2019, varios)<br><br>**Viernes 16 de noviembre (8:00 am a 10:00 pm) 1sesion** Inventario (se reubica el material, se aparta el material de tec y se realiza inventario)<br><br>**lunes 19 de noviembre (8:00 am a 12:00 pm) 2 sesiones** evento clausura paulo freire (apoyo a la clausura centro de interés de capoeira)<br><br>**Viernes 23 de noviembre (9:00 am a 1:00 pm) 2 sesiones** Grupo focal deportes de combate<br><br>**lunes 26 de noviembre (9:00 am a 1:00 pm)** reunión operativa-pedagógica<br><br>**EVIDENCIA:** registro fotográfico de las actas ubicadas en el cd en la carpeta correspondiente (No 09). |

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.**

| | |
|---|---|
| **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. | EL centro de interés de capoeira, al ser perteneciente al dunt o nuevas tendencias no está en el programa de semilleros y además los niños son del ciclo uno no hay semillero o deporte especifico en el que puedan participar. |
| **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. | Se renueva el curso de primer respondiente exigido por el idrd, en el mes de septiembre de 2018, el cual se anexa copia en el cd<br><br>**Evidencia**: se anexa una copia del certificado copia en el cd carpeta correspondiente (No 11) |
| **Obligación No. 12:** 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. | Soy garante de los derechos de los niños(as) consagrados por la ley y además del cumplimiento en el programa, bajo las normas establecidas por el programa TEC y por el colegio Alfonso López Michelsen |
| **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<br>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. | Doy cumplimiento con las obligaciones que se me asignen y estoy en completa disposición para el buen desarrollo del objetivo contractual.<br><br>Evidencia: registro fotográfico actas, actividades en las que se participó |
| **Obligación No. 14:** Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI. | Doy Cumplimiento total al acuerdo de confidencialidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI, requerido por la entidad. |
| **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 | Famisanar EPS | $ 111.500 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | Fondo de pensiones porvenir. | $ 142.800 |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | Positiva compañía de seguros S.A. | $ 9.400 |
| | TOTAL | $ 263.700 |

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

William Andres Rincón R
Firma Contratista

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

El formador Cumple con las obligaciones asignadas

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: SORAYA ASTRID MEDINA RODRIGUEZ
N° de Identificación: 51.937.685
Cargo: GESTORA 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. | | | | | **2448 - DEL 12 DE JULIO 2018** | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | **WILLIAM ANDRES RINCON RODRIGUEZ** | | | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | x | CE | | **80146253** | | | | |
| 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<br>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.<br>Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ **111.500,00** — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ **142.800,00**<br>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<br>AFC $ — Ahorro Voluntario Pensión $ | | | | | | | | | |
| 10 | Intereses en créditos de vivienda de habitación.<br>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)<br>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.<br>**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

William Andres Rincon R.

FIRMA

7

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2018-11-14, 08:23:31 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016724689

**Periodo Cotización** 201811 **Periodo Servicio** 201811

**Cliente:**

**PAGADA 2018-11-09**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | WILLIAM ANDRES RINCON RODRIGUEZ | | | | |
| **Documento** | CC 80146253 | **Dirección** | CLL 58 A SUR No. 87 L 28 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7837012 | | |
| **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 80146253 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | RINCON RODRIGUEZ WILLIAM ANDRES | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSP3 | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 892.000 | 230301 | | 16 % | $ 892.000 | $ 142.800 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 892.000 | $ 111.500 | $ 0 | 14-23 | 2 | 1,044 % | $ 892.000 | $ 9.400 | 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 | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 142.800 | $ 0 | $ 0 | $ 111.500 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 263.700 |



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

*¡El Poder de lo SIMPLE!*

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. | | | | | **2448 - DEL 12 DE JULIO 2018** | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | **WILLIAM ANDRES RINCON RODRIGUEZ** | | | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | x | CE | | **80146253** | | | | |
| 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<br>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.<br>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)<br>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

William Andres Rincon R

FIRMA

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2018-11-14, 08:23:14 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016146273

**Periodo Cotización** 201810 **Periodo Servicio** 201810

**Cliente:**

**PAGADA 2018-10-10**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | WILLIAM ANDRES RINCON RODRIGUEZ | | | | |
| **Documento** | CC 80146253 | **Dirección** | CLL 58 A SUR No. 87 L 28 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7837012 | | |
| **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 80146253 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | RINCON RODRIGUEZ WILLIAM ANDRES | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | S. Integral | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | 230301 | | 16 % | $ 892.000 | $ 142.800 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 892.000 | $ 111.500 | $ 0 | 14-23 | 2 | 1,044 % | $ 892.000 | $ 9.400 | 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 | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 142.800 | $ 0 | $ 0 | $ 111.500 | $ 9.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 263.700 |



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

¡El Poder de lo SIMPLE!

10

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 | 80146253 |
| NOMBRES | WILLIAM ANDRES |
| APELLIDOS | RINCON RODRIGUEZ |
| 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 | 01/02/2010 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 11/22/2018 10:47:23 | Estación de origen: | 181.53.12.0 |
|---|---|---|---|

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