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

MEMORANDO

05 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100747423

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 2441 De 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102415E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales MORA CASTIBLANCO HENRY OLRIED. CPS No 2441 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

MEDINA RODRIGUEZ SORAYA ASTRID
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: (14) 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 14:38:43 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
2441 JULIO 12 DEL 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011024 15E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**79565775**	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 será de cuatro (4) meses y siete (7) días contados a partir de la suscripción del acta de iniciación, previa aprobación de la garantía única (en los casos 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.OO)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	16 DE JULIO DE 2018	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	30 DE NOVIEMBRE 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
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	26 DE OCTUBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 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.).

<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 da cumplimiento a esta obligación entregando el Plan formador a la Gestora Soraya Medina al entregar el segundo informe del centro de interés de taekwondo, bajo los lineamientos establecidos por el IDRD dentro del programa jornada completa.
.
EVIDENCIA: REPOSA EN LA SIM, EN CADA GRUPO SE ENCUENTRA CLASES, Y EN CD EN LA CARPETA DE LA OBLIGACION 1 CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO.</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: TAEKWONDO ESCENARIO: IED KIMY PERNIA
<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>MARTES-JUEVES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE. 30
NOVIEMBRE.1,6,8,13,15,</td></tr><tr><td>2</td><td>MARTES-JUEVES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE. 30
NOVIEMBRE.1,6,8,13,15,</td></tr><tr><td>3</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE. 26,31
NOVIEMBRE. 2,7,9,14,16</td></tr><tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE. 26,31
NOVIEMBRE. 2,7,9,14,16</td></tr></table>
EVIDENCIA: En el sistema de información misional y con las actas en el CD adjunto en la carpeta de la obligación 2 del mes de agosto.</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</td><td>El 16 de febrero se solicitó el usuario y la clave fue entregado el día martes 20 de febrero de 2018 por parte del encargado del sim

EVIDENCIA: se está trabajando en la plataforma sim</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>hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td><td></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>CI: TAEKWONDO
<table>
<tr><th rowspan="2">GRUPO</th><th colspan="2">HORARIOS</th><th colspan="2">FECHAS</th></tr>
<tr><th>DIAS</th><th>HORAS</th><th>DIA</th><th>N° ASISTENTES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>MARTES-JUEVES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE
30
NOVIEMBRE
1
8
13
15</td><td>
15

15
14
15
14</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MARTES-JUEVES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE
30
NOVIEMBRE
1
8
13
15</td><td>
15

15
14
14
14</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE
26
31
NOVIEMBRE
2
7
9
14</td><td>
16
16

16
16
16
15</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE
26
31
NOVIEMBRE
2
7
9
14</td><td>
15
15

15
15
15
15</td></tr>
</table></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>
<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

EVIDENCIA: En el sistema de información misional y en el CD adjunto en la carpeta de la obligación 4 del mes de febrero.
</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>
CI: TAEKWONDO ESCENARIO: IED KIMY PERNIA
<table>
<tr><td rowspan="2">GRUPO</td><td colspan="2">HORARIOS</td><td colspan="2">FECHAS</td></tr>
<tr><td>DIAS</td><td>HORAS</td><td>SESIONES PLANEADAS</td><td>REGISTRO EN EL SIM</td></tr>
<tr><td>1</td><td>MARTES-JUEVES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE. 30 NOVIEMBRE.1,6,8,13,15,</td><td>30 DE OCTUBRE</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MARTES-JUEVES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE. 30 NOVIEMBRE.1,6,8,13,15,</td><td>30 DE OCTUBRE</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>10:00am a12:00m</td><td>OCTUBRE. 26,31 NOVIEMBRE. 2,7,9,14,16</td><td>30 DE OCTUBRE</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y VIERNES</td><td>12:30pm a 2:30pm</td><td>OCTUBRE. 26,31 NOVIEMBRE. 2,7,9,14,16</td><td>30 DE OCTUBRE</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: En el sistema de información misional y en el CD adjunto en la carpeta de la obligación 5 del mes de febrero.
</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Se realizó aun la respectiva caracterización y se cuestionó a los estudiantes sobre su estado de salud (alergias, asma, patologías o lesiones músculo-esqueléticas.) a los estudiantes que conforman el centro de interés de Taekwondo asignado en el año 2018, y ninguno manifiesta ninguna lesión ni discapacidad para la práctica del deporte y todos gozan de buena salud.
También se está recopilando la fotocopia de EPS y documento de identidad de cada integrante del centro de interés TAEKWONDO.

EVIDENCIA: REPOSAR ESTA INFORMACIÓN EN LAS CARPETAS QUE SE MANEJAN COTIDIANAMENTE, EN EL OBSERVADOR DEL ALUMNO.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.</td><td>Se recibió, la fotocopia de EPS y documento de identidad de cada integrante del centro de interés TAEKWONDO.

EVIDENCIA: REPOSAR ESTA INFORMACIÓN EN LAS CARPETAS QUE SE MANEJA HA DIARIO DE LOS ESTUDIANTES.</td></tr>
</table>

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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. 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.	En caso que llegase a suceder alguna eventualidad durante la sesión de clase se le comunicara al Gestor IED, SORAYA MEDINA y coordinadora enlaces MAYTÉ POSADA jornada mañana y CAROLINA LAMBIS jornada Tarde. Durante el periodo del mes de Noviembre, no se ha captado posibles talentos para poder repórtalos a semilleros.
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.	El 29 de octubre, lugar IED KIMY PERNIA DOMICO, hora 9:00 a 13:00 pm, donde asistieron los enlaces, estudiantes y formadores de diferentes centros de interés, tema feria karagaby donde se realiza la organización del evento, decoración de los escenarios y carteleras de invitación, cronograma y mapa de la actividad, tareas asignadas por la docente enlace Carolina Lambis. Donde se muestran todos los centros de interés y muestran lo aprendido durante el año. (2 SESIÓN) El 6 de Noviembre, lugar PRD, hora 9:00 a 13:00 pm, donde asistieron formadores de combate y licenciado Jack Escorcia, tema tratado: Grupo focal deportes de combate, conceptualización combate, entrega de rejillas, trabajo en equipo, desempeños, logros y compromiso. (2 SESIONES) El 16 de Noviembre, lugar PRD, hora 9:00 a 13:00 pm, donde asistieron formadores de combate y licenciado Jack Escorcia, tema tratado: agrupación deportiva combate, modelo didáctico tec, sesión de clase y aplicación, formulación de objetivos e indicadores. (2 SESIONES) El 19 de Noviembre lugar IED KIMY PERNIA DOMICO, hora 8:00 a 12:00 pm, donde asistieron los enlaces y formadores, tema tratado: inventario del material del idrd y colegio. (2 SESION) El 21 de noviembre lugar IED KIMY PERNIA DOMICO, hora 8:00 a 12:00 pm, donde asistieron los formadores de diferentes centros de interés, tema tratado: articulación de los centros de interés con el área de educación física.(1 SESION)

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.

	El 23 de Noviembre, lugar UDS, HORA 9:00 a 13:00 pm, donde asistieron gestores ied, licenciado Jack Escorcia y formadores del área de combate, tema tratado: grupos focales donde se realizaron clases de diferentes áreas de combate. (2 SESIONES) **EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTAS GUARDADAS EN LA OBLIGACIÓN 9 DEL CD**
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.	Durante el periodo del mes de Noviembre, se postuló dos estudiantes para el intercambio a realizarse en Medellín y se remito al IDRD por orden de la gestora Soraya Medina. A futuro se registrara los niños que se pueden proponer para semillero indicando nombres, edad centro de interés y grado que está cursando. **EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTAS GUARDADAS EN LA OBLIGACIÓN 10 CD**
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 anexa en el presente informe, copia del certificado del primer respondiente y entregado al Gestor IED SORAYA MEDINA. **EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO DE LA CERTIFICACIÓN OBLIGACIÓN 11 CD**
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.	Se es garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y se cumple con los Manuales de Convivencia Escolar de IED
Obligación No. 13: Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo,	Se cuenta con la mejor disposición para atender las funciones que me sean asignadas dentro del marco del programa TEC, comprometido a colaborar con las indicaciones y/o tareas que me sean asignadas por el Gestor IED.

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.

supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato 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.	**EVIDENCIA: REGISTRO FOTOGRAFICO DE LAS ACTAS Y ACTVIDADES 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.	Se cuenta con la mejor disposición de dar cumplimiento 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.	

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.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	$120.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$153.600
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$10.100
	TOTAL	$283.700

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:

El formador cumple con las obligaciones asignadas, organizado y trabajo motivado

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.					**2441-18**				
2	Nombre del Contratista	**HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO**								
3	Identificación	CC	X	CE		**79565775**				
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 $	**120.000,00**				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**153.600,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**10.100,00**				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 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

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-10-22, 04:12:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1015700927

Periodo Cotización: octubre de 2018 **Periodo Servicio:** octubre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8887085620

PAGADO 20/10/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO		
Documento	CC79565775	**Dirección**	CR 79B 41B 03
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112090599
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRC	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79565775	HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO	59	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 960,000	$ 153,600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 960,000	$ 120,000	1,044	$ 960,000	$ 10,100	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 283,700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 960,000	$ 960,000	$ 960,000	$ 0	$ 153,600	$ 120,000	$ 10,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 283,700	$ 0	$ 283,700

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!

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

10

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.					**2441-18**			
2	Nombre del Contratista	**HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO**							
3	Identificación	CC	X	CE		**79565775**			
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 $	**120.000,00**				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**153.600,00**		
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**10.100,00**				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 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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-11-14, 04:10:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016320827

Periodo Cotización: noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8887085620

PAGADO 13/11/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO		
Documento	CC79565775	**Dirección**	CR 79B 41B 03
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112090599
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79565775	HENRY OLRIED MORA CASTIBLANCO	59	00																	N	30	30	30	0	(23-14) COLPENSIONES	$ 960,000	$ 153,600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 960,000	$ 120,000	1.044	$ 960,000	$ 10,100	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 283,700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 960,000	$ 960,000	$ 960,000	$ 0	$ 153,600	$ 120,000	$ 10,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 283,700	$ 0	$ 283,700

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!

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

12



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	79565775
NOMBRES	HENRY OLRIED
APELLIDOS	MORA CASTIBLANCO
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	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	03/02/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión: | 11/22/2018 09:08:37 | **Estación de origen:** | 190.145.248.117

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