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

MEMORANDO 03 ENE 2019

Radicado IDRD No 20185100744913

Bogotá D.C, 29/11/2018

PARA: Jhair Fernando Orrego Pereira.
Subdirector de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de NOVIEMBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2416 -2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102335E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales PARDO GRUESO MANUEL ENRIQUE. CPS No 2416 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

HUMBERTO PEÑUELA CASTIBLANCO
PROFESIONAL GESTOR IED.

Anexo: (15) FOLIOS (1) CD
Elaboró: GERMAN PRIETO– Contratista TEC – Deportes

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2019.01.03 16:52:05 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
2416 DEL 16 DE JULIO DE 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011023356

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MANUEL ENRIQUE PARDO GRUESO	
N° DE IDENTIFICACIÓN	79.894.994	
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	
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será **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 que se requiera) expedición del registro presupuestal.	
VALOR	NUEVE MILLLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($9.415.488)	
FECHA ACTA DE INICIO	16 DE JULIO DE 2018	
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	30 NOVIEMBRE DE 2018	
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA		
SUSPENSIONES		
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	26 DE OCTUBRE DE 2018 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2018	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

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
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.	Este documento (PLAN FORMADOR) correspondiente a mi centro de interés GIMNASIA para el ciclo I de acuerdo a las indicaciones del IDRD y del **Gestor IED** (encargado). Fue subido a la plataforma (SIM) en las fechas estipuladas del nuevo contrato **(16/07/2018),** este se ajustó de acuerdo al plan pedagógico enviado por el IDRD y lineamientos de la IED (PEI), es un documento en Excel donde se evidencian las temáticas asignadas en el **IED VILLAS DEL PROGRESO** para gimnasia, en actividades pasadas con la profesional **NATALY OSPINO** se trabajó sobre este plan realizando las correcciones adecuadas para el mismo. **EVIDENCIA:** Se adjunta el plan formador del centro de interés de GIMNASIA para ciclo I. **UBICACIÓN:** Esta información se encuentra en el CD adjunto a este informe "carpeta obligación 1" y en el SIM.
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	Se ejecutaron las sesiones planificadas en el SIM de acuerdo a mi plan formador sin ningún inconveniente en el parque la amistad con los niños, durante el periodo comprendido entre **2018/10/26 a 2018/11/30** en los siguientes horarios **GRUPO 5 GIMNASIA** MARTES: 07:00 – 09:00 AM MARTES: 09:05 -11:00 AM VIERNES: 07:00 – 09:00 - 09:05 -11:00 AM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MARTES 30/10/2018 MARTES 06/11/2018 VIERNES 16/11/2018 **GRUPO 6 GIMNASIA** MARTES: 07:00 – 09:00 AM MARTES: 09:05 -11:00 AM VIERNES: 07:00 – 09:00 - 09:05 -11:00 AM

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.

	FECHAS SESIONES DE CLASE MARTES 30/10/2018 MARTES 06/11/2018 VIERNES 16/11/2018 **GRUPO 7 GIMNASIA** MIERCOLES: 07:00 -09.00 AM MIERCOLES: 09:05 – 11:00 AM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MIERCOLES 31/10/2018 MIERCOLES 07/11/2018 **GRUPO 8 GIMNASIA** MIERCOLES: 13:00 -15.00 PM MIERCOLES: 15:15 -17:00 PM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MIERCOLES 31/10/2018 MIERCOLES 07/11/2018 **CANTIDAD DE SESIONES** Grupo 5 = 8 sesiones Grupo 6 = 8 sesiones Grupo 7 = 4 sesiones Grupo 8 = 4 sesiones **EVIDENCIA:** se adjuntan todas las clases de este periodo en PDF **UBICACINON:** Esta información se encuentra en el CD adjunto a este informe "obligación 2" y en el SIM.
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.	Se tuvo acceso a la clave y usuario **SIM**, correspondiente al año en curso y se usó sin inconveniente alguno, se crearon los grupos, se subieron estudiantes, planes clase, y plan formador, se dio cumplimiento con esta obligación desde el informe N° 1. **EVIDENCIA:** se adjunta pantallazo del correo clave SIM **UBICACIÓN:** Esta información se encuentra en el CD adjunto a este informe "obligación 3" y en el SIM
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.	Se realizó el registro de cada uno de los niños que aparecen en los listados dados por la IED y se registró la asistencia de cada uno de ellos en la plataforma SIM, esto se hiso dentro de los lineamientos y tiempos establecidos por el **IDRD** y la **IED VILLAS DEL PROGRESO.** Esta puede ser vista en la plataforma (SIM).

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 5 GIMNASIA SEDE: A MARTES: 07:00 - 08.45 AM MARTES: 09:00 -11:00 AM **N° ESTUDIANTES EN GRUPO: 17** **N° ESTUDIANTES POR SESION:** MARTES 30/10/2018 **8 ESTUDIANTES** MARTES 06/11/2018 **8 ESTUDIANTES** VIERNES 16/11/2018 **16 ESTUDIANTES** **GRUPO 6 GIMNASIA SEDE: A** MARTES: 13:00 -15.00 PM MARTES: 15:15 -17:00 PM **N° ESTUDIANTES EN GRUPO: 16** **N° ESTUDIANTES POR SESION:** MARTES 30/10/2018 **8 ESTUDIANTES** MARTES 06/11/2018 **8 ESTUDIANTES** VIERNES 16/11/2018 **15 ESTUDIANTES** **GRUPO 7 GIMNASIA SEDE: A** MIERCOLES: 07:00 -08.45 AM MIERCOLES: 09:00 – 11:00 AM **N° ESTUDIANTES EN GRUPO: 19** **N° ESTUDIANTES POR SESION:** MIERCOLES 31/10/2018 9 **ESTUDIANTES** MIERCOLES 07/11/2018 **8 ESTUDIANTES** **GRUPO 8 GIMNASIA SEDE: A** MIERCOLES: 13:00 -15.00 PM MIERCOLES: 15:15 -17:00 PM **N° ESTUDIANTES EN GRUPO: 17** **N° ESTUDIANTES POR SESION:** MIERCOLES 31/10/2018 **15 ESTUDIANTES** MIERCOLES 07/11/2018 **10 ESTUDIANTES**
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	Se subieron las planeaciones (sesiones) al SIM V3 del mes correspondiente al mes de SEPTIEMBRE como lo estipula esta obligación, se habilitaron 4 grupos, se subieron los estudiantes y planes clase en donde se incluyen la vía de gestión social enviada por el GESTOR IED de acuerdo a los lineamientos TEC. **GRUPO 5 GIMNASIA** MARTES: 07:00 - 09.00 AM MARTES: 09:05 -11:00 AM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MARTES 30/10/2018 MARTES 06/11/2018 VIERNES 16/11/2018

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

	GRUPO 6 GIMNASIA MARTES: 13:00 -15.00 PM MARTES: 15:15 -17:00 PM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MARTES 30/10/2018 MARTES 06/11/2018 VIERNES 16/11/2018 **GRUPO 7 GIMNASIA** MIERCOLES: 07:00 -09.00 AM MIERCOLES: 09:05 – 11:00 AM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MIERCOLES 31/10/2018 MIERCOLES 07/11/2018 **GRUPO 8 GIMNASIA** MIERCOLES: 13:00 -15.00 PM MIERCOLES: 15:15 -17:00 PM **FECHAS SESIONES DE CLASE** MIERCOLES 31/10/2018 MIERCOLES 07/11/2018 **CANTIDAD DE SESIONES** Grupo 5 = 6 sesiones Grupo 6 = 6 sesiones Grupo 7 = 4 sesiones Grupo 8 = 4 sesiones **EVIDENCIA:** se adjuntan todas las clases de este periodo en PDF **UBICACINON:** Esta información se encuentra en el CD adjunto a este informe "obligación 5" y en el SIM.
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.	Durante este tiempo se realizó el seguimiento a los alumnos que tengo a mi cargo en los grupos, y se solicitó a la profesora acompañante de cada grupo y enlace de la IED **LILIANA CARDONA SEDE A** antecedentes o condiciones médicas específicas (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), de los niñas , también esto se lograra por medio de indagación a los alumnos, a través de los profesores, directores de curso, así como en la base de datos en las cuales se evidencia las anomalías o condiciones médicas de cada uno de los casos detectados.
7. Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.	Se realizó de nuevo este mes la respectiva verificación de la carpeta que es asignada por la **IED VILLAS DEL PROGRESO** a la profesora acompañante de cada grupo y solicitud de la copia del respectivo documento

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.

	de la EPS, pero aún se evidencia que no todos cuentan con este documento ya que según los docentes acompañantes los padres no se han puesto al día con este tema. **SE REITERA EL COMPROMISO POR PARTE DE LA IED DE TRATRAR DE GESTIONAR ESTOS DOCUMENTOS CON LOS PADRES**. **EVIDENCIA:** carpeta con los datos de los estudiantes. **UBICACIÓN:** Esta información se encuentra en la Carpeta académica de la IED
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.	No ocurrió ningún accidente y si así hubiese sido (se hubiera activado el protocolo de accidentes de la **SED**) se enviaran los soportes al **Gestor IED (encargado)** del formato diligenciado de lo acontecido y lo que se realizó dentro de la sesión así mismo lo realizado en la I.E.D, además se realiza la respectiva Acta IDRD para llevar el control de lo sucedido como evidencia.
9. Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	Se asistió a las siguientes actividades de nivel técnico, operativo o administrativo programadas por el IDRD: ➢ **OCTUBRE 29-2018: HORARIO: 08:30 AM a 10:00 AM** Se hace sesión operativa, Se trató el tema de acompañamiento y cobertura 2019., esto se realizó en la IED VILLAS DEL PROGRESO. ➢ **NOVIEMBRE 08-2018: HORARIO: 08:00 AM a 12:00 PM** Se hace sesión operativa donde se trata el tema lineamientos pedagógicos generales y TEC. esta reunión se realiza en el **PARQUE TIMIZA**. ➢ **NOVIEMBRE 13-2018: HORARIO: 08:00 AM a 02:00 PM** Se realiza reunión técnico operativa donde se trata el tema evaluación gestión de formadores, procesos de armonización, cobertura villas del progreso y obligaciones contractuales., Esta se realiza en **LA BIBLIOTECA DE LA IED VILLAS DEL PROGRESO.**

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.

	➢ **NOVIEMBRE 14-2018 se HORARIO: 08:00 AM a 12:00 PM** reunión pedagógica operativa donde se trata el tema de notas de cada formador, Esta se realiza en **LA BIBLIOTECA DE LA IED VILLAS DEL PROGREO.** **EVIDENCIA**: Se realizan las actas correspondientes a eso días. **UBICACIÓN:** reposa en el cd en la carpeta de la obligación 9.
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.	Se sigue realizo la respectiva selección de los talentos deportivos dentro de los grupos de mi centro de interés, se recomendó a la niña PAMELA PIAMBA del curso 102 JT para semilleros, SE HISO EL REPORTE **al Gestor IED** en el informe anterior. Todo esto de acuerdo a las indicaciones por el IDRD para semilleros deportivos.
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 entrego el certificado de primer respondiente en la fecha de inscripción de documentación en el PRD y se vuelve a entregar junto con los parafiscales del mes de julio del 2018 para la firma del acta de inicio y firma de contrato al **Gestor IED (encargado),** y se está entregando todos los meses con entrega de pagos e informe, Este se realizó el dia 20 de noviembre del 2017 por lo cual caducaría el 19 de noviembre del 2019. **EVIDENCIA:** Certificado escaneado **UBICACION:** Se anexa el certificado de primer respondiente y reposa en el cd en la carpeta de la obligación 11.
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 Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.	Se cumplió con este lineamiento en su totalidad al 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 la **IED VILLAS DEL PROGRESO,** como formadores garantes de estos derechos tenemos el deber de estudiar la ley 1098 y el manual de convivencia del colegio obteniendo así la herramientas para cumplir con esta obligación en la ejecución de las sesiones de clase; Se tiene en cuenta la presentación de la guía social donde nos ayuda con diferentes temas para cumplir con esta obligación (

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.

	rutas de emergencia). **EVIDENCIA: A**rchivo guía social. **UBICACION: R**eposa en el cd en la carpeta de la obligación 12.
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	**Se realizó trabajo de firmas de actas de compromiso en la sede A los días MARTES 11/09/2018 jornada PM Y MIERCOLES 12/09/2018 jornada AM** Además se está en total disponibilidad para demás reuniones y actividades extraordinarias que disponga el supervisor de contrato, **EVIDENCIA: ACTA**. **UBICACION: r**eposa en el cd en la carpeta de la obligación 13.
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 periodo 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	MEDIMAS	$ 97.800
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 8.200
	TOTAL	$ 230.900

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

Firma Contratista

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

El formador cumple con la ejecución de sus obligaciones contractuales

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Peñuela Castiblanco Humberto
N° de Identificación: 80.368.375 de Bogotá.
Cargo: Profesional 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.					**2416 DEL 2018**			
2	Nombre del Contratista	**MANUEL ENRIQUE PARDO GRUESO**							
3	Identificación	CC	X	CE		**79894994**			
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 $ **125.000,00** — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ **97.700,00** Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ **8.200,00** — Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente								
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual AFC $ — Ahorro Voluntario Pensión $								
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo					SI		NO	X
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo					SI		NO	X
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi. a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo					SI		NO	X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.					SI		NO	X
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:							%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

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

FIRMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79894994
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANUEL ENRIQUE PARDO GRUESO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 51A N 40B 09 SUR	TELEFONO:	7959847
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:	4255669511	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES noviembre	AÑO		2018
DÍAS DE MORA.	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/12/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:						9992420785

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

Planilla Pagada

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.200	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 8.200
SUBTOTALES:									$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 8.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES										
																												PENSIÓN								SALUD						ARP												CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 79894994	PARDO GRUESO MANUEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 842.000				NO	X						X										25-14 COLPENSIONES	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 781.242	79894994	$ 8.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0			

TOTAL	$ 230.900

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 articulo 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.					**2416 DEL 2018**			
2	Nombre del Contratista	**MANUEL ENRIQUE PARDO GRUESO**							
3	Identificación	CC	X	CE		**79894994**			
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 $	**134.800,00**				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**105.300,00**		
	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 vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.								
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo					SI		NO	X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.					SI		NO	X
14	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:							%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

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

FIRMA

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN
NOMBRE O RAZON SOCIAL
CIUDAD/MUNICIPIO
DIRECCIÓN
TIPO APORTANTE
TIPO EMPRESA
FORMA DE PRESENTACIÓN
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)

CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO DE IDENTIFICACIÓN
BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO
CRA 51A N 40B 09 SUR TELÉFONO
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA
ÚNICO

79894994
MANUEL ENRIQUE PARDO GRUESO
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
7959847
I-INDEPENDIENTE
Personas Naturales sin Actividad Económica
NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA 4252143403 TIPO DE PLANILLA I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES octubre AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD MES octubre AÑO 2018
DÍAS DE MORA 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) 2018/11/14 NÚMERO AUTORIZACIÓN 9991552037

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD FSP	SUBSISTENCIA FSP	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 134.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 134.800	$ 0	$ 134.800
SUBTOTALES:										$ 134.800	$ 0	$ 134.800

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 105.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 105.300	$ 0	$ 0	$ 105.300
SUBTOTALES:													$ 105.300	$ 0	$ 0	$ 105.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1			$ 0		$ 0	$ 8.800	$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 8.800
SUBTOTALES					$ 0		$ 0	$ 8.800	$ 8.800	$ 0	$ 0	$ 8.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN
1	CC 79894994	PARDO GRUESO MANUEL ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 99.099		NO								X										25-14 COLPENSIONES

N°	PENSIÓN: DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALUD: DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	ARP: DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 842.000	$ 134.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 134.800	EPS044-MEDIMAS	30	$ 842.000	$ 105.300	$ 0	$ 105.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 842.000	79894994	$ 8.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 248.900**

13

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	79894994
NOMBRES	MANUEL ENRIQUE
APELLIDOS	PARDO GRUESO
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	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	CONTRIBUTIVO	01/12/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/14/2018 07:55:53	Estación de origen:	181.62.239.90

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

14