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

MEMORANDO 05 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100737053

Bogotá D.C, 28/11/2018

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 2395 -2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102345E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales RUBIANO MARTINEZ BRAYAN STICK. CPS No 2395 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

ISRAEL BOLAÑOS FAJARDO
PROFESIONAL GESTOR IED.

Anexo: (12) FOLIOS (1) CD
Elaboró: GERMAN PRIETO– Contratista TEC – Deportes

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.12.05 11:14:33 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	18

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2395 DEL 2018- JULIO 11 DEL 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011023456

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BRAYAN STICK RUBIANO MARTINEZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1022968890	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	Sera 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 en los que se requiera) y expedición del registro presupuestal.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	($10.481.000) diez millones cuatrocientos ochenta y un mil pesos m/c	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17 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 A 30 DE NOVIEMBRE DE 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>El plan pedagógico se sube a la plataforma del (SIM) sistema de información misional con la verificación del Gestor IED ISRAEL BOLAÑOS el día que se habilito en el plazo establecido por las directrices del programa TEC. De esta manera se realizará, desarrollará y ejecutará teniendo en cuenta las edades y los ciclos para mejorar el proceso formativo de cada uno de los estudiantes, de igual forma teniendo en cuenta las recomendaciones hechas por el comité pedagógico del programa y del IDRD.

Avance:
Se programan las sesiones del mes con el fin de mejorar el desarrollo motriz y se desarrolla un proceso formativo de adaptación aportando a la formación integral.
Ubicación:
En la plataforma (SIM) y reposa adjunto en el CD.</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>Se realizó la preparación, la planeación y ejecución de las sesiones de clase para subir al (SIM) de acuerdo a los parámetros metodológicos, pedagógicos, técnicos y administrativos que tenga el IDRD y de acuerdo a las necesidades y características de los estudiantes.
Grupo 1: sesiones de clase reportadas en el SIM:
<table>
<tr><td>Fechas</td><td>30</td><td>31</td><td>06</td><td>07</td><td>13</td><td>14</td><td>20</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Horario</td><td colspan="8">Martes: 6:20 a 8:20 Am.
Miércoles: 9:45 a 11:45 am</td></tr>
</table>
Grupo 2: sesiones de clase reportadas en el SIM:
<table>
<tr><td>Fechas</td><td>30</td><td>31</td><td>06</td><td>07</td><td>13</td><td>14</td><td>20</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Horario</td><td colspan="8">Martes: 9:45 a 11:45 Am.
Miércoles: 6:20 a 8:20 am</td></tr>
</table>
Grupo 3: sesiones de clase reportadas en el SIM:
<table>
<tr><td>Fechas</td><td>26</td><td>01</td><td>02</td><td>08</td><td>09</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Horario</td><td colspan="9">Jueves: 6:20 a 8:20 Am.
Viernes: 9:45 a 10:45 am</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>Grupo 4: sesiones de clase reportadas en el SIM:
<table><tr><td>Fechas</td><td>26</td><td>01</td><td>02</td><td>08</td><td>09</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Horario</td><td colspan="10">Jueves: 9:45 a 11:45 Am.
Viernes: 6:20 a 8:20 am</td></tr></table>
En total se planearon 26 sesiones de clase ejecutadas.

Evidencia y ubicación: Se encuentra en la plataforma SIM y se graban pantallazos de listas de grupos del SIM en CD en la carpeta de la obligación No 2.</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>Evidencia:
Se recibió al día 20 de Febrero por parte del correo eléctrico soportetiempoescolarc@gmail.com el usuario y contraseña del sistema de información misional (SIM) en la opción TECV3.

Ubicación: Sistema de Información Misional – IDRD.</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 realizó la creación de cada uno de los grupos asignados en el IED NUEVO SAN ANDRES DE LOS ALTOS, y también el registro de las sesiones, estudiantes y asistencias de los mismos, así como reportar cualquier novedad presentada durante la sesión de clase. Grupos establecidos de la siguiente manera:

Grupo 1: 38 Inscritos y activos del grado 402
Grupo 2: 19 Inscritos y activos del grado 401
Grupo 3: 18 Inscritos y activos del grado 502
Grupo 4: 17 Inscritos y activos del grado 501

Los Grupos 1 y 2 pertenecen al ciclo 2
Los Grupos 3 y 4 pertenecen al ciclo 3.
Ubicación: Sistema de Información Misional – IDRD.</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 realizan las sesiones según lo establecido, se suben las sesiones al SIM, se reportan asistencias en los tiempos establecidos por el Programa TEC y el gestor IED Israel Bolaños Fajardo
Ubicación: IED SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS localidad USME.

Grupo 1: Octubre 30,31, NOVIEMBRE 06,07, 13, 14, 20. Asistencia registrada.

Grupo 2 Octubre 30,31, NOVIEMBRE 06,07, 13, 14, 20. Asistencia registrada.</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.

	Grupo 3: Octubre 26, NOVIEMBRE 01,02, 08, 09, 16. Asistencia registrada. **Grupo 3:** Oct Octubre 26, NOVIEMBRE 01,02, 08, 09, 16. Asistencia registrada. ***26 sesiones programadas y ejecutadas.*** **Ubicación y evidencia:** Plataforma SIM y en CD anexo con pantallazos grabados en la carpeta de la obligación No 5
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.	Se hace solicitud a directores de grupo y coordinador enlace de la ficha médica de cada estudiante el 16 de julio de 2018 para llevar un control más específico del mismo.
Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés lleven copia de su camé de EPS	En la iniciación del proceso del centro de interés se le solicito a cada estudiante que llevara fotocopia del certificado de la EPS actualizado y tarjeta de identidad. Hasta el momento ningún niño que hace parte del centro de interés de gimnasia presenta alguna contraindicación médica.
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.	Hasta el momento no se ha presentado ninguna novedad y/o problemática durante el desarrollo de las sesiones.
Obligación No. 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 reuniones pedagógicas, técnicas e inducciones, y demás programadas por el IDRD y I.E.D Colegio Nuevo San Andrés De Los Altos, ubicado en la Localidad de Usme. 30 Octubre: Reunión operativa 14 Noviembre: Reunión operativa. 15 Noviembre: Evento de cierre T.E.C. 19 Noviembre: Reunión operativa. **Ubicación y evidencia:** Plataforma SIM y en CD anexo con pantallazos grabados en la carpeta de la obligación No 9
Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de	En el momento que se detecte algún estudiante con un talento en particular se informara al Gestor IED ISRAEL BOLAÑOS para que

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 3: Octubre 26, NOVIEMBRE 01,02, 08, 09, 16. Asistencia registrada. **Grupo 3:** Oct Octubre 26, NOVIEMBRE 01,02, 08, 09, 16. Asistencia registrada. ***26 sesiones programadas y ejecutadas.*** **Ubicación y evidencia:** Plataforma SIM y en CD anexo con pantallazos grabados en la carpeta de la obligación No 5
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.	Se hace solicitud a directores de grupo y coordinador enlace de la ficha médica de cada estudiante el 16 de julio de 2018 para llevar un control más específico del mismo.
Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés lleven copia de su carné de EPS	En la iniciación del proceso del centro de interés se le solicito a cada estudiante que llevara fotocopia del certificado de la EPS actualizado y tarjeta de identidad. Hasta el momento ningún niño que hace parte del centro de interés de gimnasia presenta alguna contraindicación médica.
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.	Hasta el momento no se ha presentado ninguna novedad y/o problemática durante el desarrollo de las sesiones.
Obligación No. 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 reuniones pedagógicas, técnicas e inducciones, y demás programadas por el IDRD y I.E.D Colegio Nuevo San Andrés De Los Altos, ubicado en la Localidad de Usme. 14 Noviembre: Reunión operativa. 15 Noviembre: Evento de cierre T.E.C. 19 Noviembre: Reunión operativa. 30 Noviembre: Reunión operativa de cierre de actividades. **Ubicación y evidencia:** Plataforma SIM y en CD anexo con pantallazos grabados en la carpeta de la obligación No 9
Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de	En el momento que se detecte algún estudiante con un talento en particular se informara al Gestor IED ISRAEL BOLAÑOS para que

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.

los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.	se les vincule a estos semilleros, mejorar su proceso formativo y para aportar a la reserva deportiva de BOGOTÁ.
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 cuenta con la certificación del curso de Primer Respondiente, realizado con la Defensa civil, se anexa una cópia que fue entregada en el informe número 1 del contrato 2498 de 2018, teniendo una vigencia de 2 años. **Ubicación y evidencia:** Plataforma SIM y en CD anexo con pantallazos grabados en la carpeta de la obligación 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.	Se Tiene Conocimiento del manual de convivencia de la institución educativa y así mismo cada una de las normas, derechos y deberes de los estudiantes con el fin de llevar el control para llevar a cabo un ambiente del respeto y la tolerancia dentro y fuera del IED.
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	Quedo atento y en total disposición para cualquier tarea que sea asignada por parte de la gerencia del programa o de cualquier requerimiento del IDRD.
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 cumple con esta obligación con el compromiso y responsabilidad de mi objeto contractual como formador deportivo en la institución teniendo en cuenta las directrices de la gerencia del proyecto TEC y los parámetros del IDRD.

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	EPS COMPENSAR	$ 97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 8.200
	TOTAL	$ 230.900

4. ANEXOS (adjuntar los soportes establecidos en el procedimiento de pagos vigente de la entidad)

Firma Contratista

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

El formador opera con normalidad en sus sesiones, se recomienda estar mas atento al SIM. Tiene buena Metodologia y didactica.

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Israel Bolaños Fajardo
N° de Identificación: 80.014.702
Cargo: Gestor IED

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	0002395 DE 2018							
2	Nombre del Contratista	BRAYAN STICK RUBIANO MARTINEZ							
3	Identificación	CC	X	CE		1022968890			
4	Régimen del impuesto a las ventas					Simplificado	X	Común	
5	Residente en el país (Extranjeros)					SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)					SI		NO	X
7	Declaración de ingresos c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600.					SI		NO	X
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ 97.700,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 125.000,00 Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 8.200,00 — Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente								
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual AFC $ — Ahorro Voluntario Pensión $								
10	*Intereses en créditos de vivienda de habitación.* Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo					SI		NO	X
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo					SI		NO	X
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y *vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.* a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo					SI		NO	X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo					SI		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO	X
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.					SI		NO	X
14	**(OPCIONAL)** *Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el* parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:							%	

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

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022968890	BRAYAN STICK RUBIANO MARTINEZ		CR 1G 78 16 SUR	7624095	brayandeporte@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	I	19/11/2018	31267154	$246.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.700	0	0	15.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

31267154

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	1	15.700	15.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	246.600	246.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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.	0002395 DE 2018									
2	Nombre del Contratista	BRAYAN STICK RUBIANO MARTINEZ									
3	Identificación	CC	X	CE		1022968890					
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 $ 102.300,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 130.900,00 Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 8.600,00 — 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022968890	BRAYAN STICK RUBIANO MARTINEZ		CR 1G 78 16 SUR	7624095	brayandeporte@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-10	2018-10	I	19/11/2018	31267013	$257.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	102.300	0		0		0	0	0	0	102.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	130.800	0	0	0	0	0	0		130.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.700	0	0	15.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	102.300	102.300
Pensión	1	130.900	130.800
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	15.700	15.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257.500	257.500

31267013

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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	1022968890
NOMBRES	BRAYAN STICK
APELLIDOS	RUBIANO MARTINEZ
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	01/04/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 11/20/2018 11:07:21 **Estación de origen:** 186.31.250.179

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