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

MEMORANDO 12 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100740103

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 2418 -2018 . Expediente Virtual No. 20188002011023 61E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales RIVERA CASTAÑEDA ALVARO ANDRES. CPS No 2418 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

JUAN AUGUSTO FRANCO TRIANA
PROFESIONAL GESTOR IED.

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



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.12.12 15:31:33 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 | 2018 |

| No. DEL CONTRATO Y FECHA |
|---|
| 2418- 2018 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| 20188002011023 61E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | ALVARO ANDRES RIVERA CASTAÑEDA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 80895383 DE BOGOTA | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES 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 | 4 MESES Y 7 DIAS | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | $9.415.488.00 | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 17 DE JULIO 2018 | Registre la fecha de inicio del acta |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN | 30 DE NOVIEMBRE 2018 | Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | | Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique) | | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | 26 de Octubre al 30 de Noviembre del 2018 | Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades |

# 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 y la propuesta pedagógica se ejecutó de acuerdo a los parámetros del IDRD para el ciclo 4 en el centro de interés de baloncesto.<br><br>El PEI de la institución esta articulado con los documentos y proceso de las sesiones de clase, también la relación en contenidos como el desarrollo humano, el pensamiento crítico y la formación en valores. Los comandos en inglés se reflejan en las sesiones de clase, siendo esta la segunda lengua para el Colegio por ser bilingüe.<br><br>Se realiza la jornada de cierre y finalización de año donde los estudiantes y el formador pudieron evaluar lo aprendido y observar en qué nivel deportivo se encuentra, dicha actividad muestra la temática vista durante la sesión de clase y sirvió para promover las inscripciones del otro año al centro de interés.<br><br>Evidencia ; Plataforma Sim y 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</td><td>Se desarrollan las sesiones de clase de acuerdo a lo establecido en las reuniones de planeación de la gestora IED Juan Franco Triana y los enlaces Diana Gutiérrez y Cesar Pinilla.<br><br>CLASES PROGRAMADAS 0CTUBRE-NOVIEMBRE<br><table><tr><th>ACTIVIDAD</th><th>DIAS</th><th colspan="3">HORARIO</th><th>FECHAS</th></tr><tr><td>CI BALONCESTO 1</td><td>LUNES Y MIERCOLES</td><td>9:30</td><td>A</td><td>11:30</td><td>29,31,7,14</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 2</td><td>LUNES Y MIERCOLES</td><td>12:30</td><td>A</td><td>14:30</td><td>29,31,7,14</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 3</td><td>MARTES Y JUEVES</td><td>9:30</td><td>A</td><td>11:30</td><td>30,1,6,8</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 4</td><td>MARTES Y JUEVES</td><td>12:30</td><td>A</td><td>14:30</td><td>30,1,6,8</td></tr></table><br>Anexo: Cuadro de clases avaladas.<br><br>Evidencia: Actas y 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>contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.</td><td>Ubicación: Archivo y plataforma SIM</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td><td>Se diligencia la información correspondiente para cada ítem del sistema, ingresando con usuario y contraseña proporcionada el 20 de febrero del 2018 para el acceso al SIM, base de datos que se ha ido alimentando con toda la información solicitada hasta la fecha, con las indicaciones previas para el manejo de la misma,<br><br>Evidencia: Pantallazo de correo<br>Ubicación: CD</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>El SIM funciona con normalidad y se encontraron todos los estudiantes en la plataforma de información los cuales están registrados en el grupo al que pertenecen.<br><br>Se llama asistencia en forma manual y digital el mismo día de las sesiones de clase de acuerdo al direccionamiento de la gestora IED y la presente obligación, este mismo procedimiento se realiza diariamente en un archivo drive exigido en la institución, las 2 bases de datos se encuentran al día con la información.<br><br>La cobertura de las sesiones disminuyo por diversas actividades programadas por la IED y por el cierre de año escolar, esta situación ya ha sido tratada en reuniones y se ha informado por parte de la IED que este tipo de situaciones son normales en esta parte del año.<br><br>Evidencia: Plataforma Sim y CD</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 realiza la planeación correspondiente al ciclo y grupo desde el inicio de las actividades hasta la fecha, toda la información está al día en la plataforma SIM.<br><br>CLASES DE SEPTIEMBRE, 0CTUBRE-NOVIEMBRE REPORTADAS EN EL SIM<br><table><tr><th>No GRUPO</th><th>DIAS</th><th colspan="3">HORARIO</th><th>FECHAS</th></tr><tr><td>CI BALONCESTO 1</td><td>LUNES Y MIERCOLES</td><td>9:30</td><td>A</td><td>11:30</td><td>29,31,7,14</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 2</td><td>LUNES Y MIERCOLES</td><td>12:30</td><td>A</td><td>14:30</td><td>29,31,7,14</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 3</td><td>MARTES Y JUEVES</td><td>9:30</td><td>A</td><td>11:30</td><td>30,1,6,8</td></tr><tr><td>CI BALONCESTO 4</td><td>MARTES Y JUEVES</td><td>12:30</td><td>A</td><td>14:30</td><td>30,1,6,8</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.**

| | |
|---|---|
| | Las sesión del día 14 de noviembre se ejecutó el 9 de noviembre por directriz de la institución educativa gracias al cronograma de cierre y actividades de finalización del colegio Cundinamarca<br><br>Anexo cuadro de sesiones ejecutadas.<br>Evidencia: Planeación registrada en el SIM<br>Ubicación: Plataforma SIM y CD |
| 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. | Hasta el momento, no se encuentran niños con deficiencias físicas o problemas de salud. |
| Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés agreguen copia de su carné de EPS. | Gran parte de la documentación requerida ya está, los estudiantes han llevado la documentación de EPS y se apoyó con la información que maneja la institución educativa.<br><br>Evidencia: Carpeta de documentos<br>Ubicación: Formador |
| 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. | Durante este periodo no se reportaron accidentes en el centro de interés. |
| 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. | Se cumple a las reuniones establecidas por el gestor Juan Franco Triana y el IDRD, aportando y participando de forma asertiva para un mejor desarrollo y entendimiento en los temas. |

| No | DIA | HORA | TEMA DESARROLLADO | LUGAR |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 13-11-2018 | 8:00 a.m. a 12:00 p.m. | Planeación 2019, retroalimentación actividad de cierre y operación general | Colegio Cundinamarca IED |
| 2 | 16-11-2018 | 9:00 a.m. a 1:00 | Aporte a la malla y plan pedagógico en el centro de | Parque la amistad |

# 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>p.m.</td><td>interés baloncesto para el año 2019, socialización método de enseñanza hibrido</td><td></td></tr>
<tr><td>3</td><td>20-11-2018</td><td>6:30 a.m. a 12:30 a.m.</td><td>Jornada pedagógica experiencia TEC con docentes de la institución educativa</td><td>Colegio Cundinamarca IED</td></tr>
<tr><td>4</td><td>21-11-2018</td><td>9:00 a.m. a 6:00 p.m.</td><td>Apoyo a la institución educativa en las inscripciones de TEC para el año 2019</td><td>Colegio Cundinamarca IED</td></tr>
<tr><td>5</td><td>22-11-2018</td><td>8:00 a.m. a 11:00 a.m.</td><td>Articulación pedagógica, entrega de informes e inventario</td><td>Colegio Cundinamarca IED</td></tr>
</table>
Evidencia: Actas de reunión<br>Ubicación: CD y archivo TEC IED Cundinamarca.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Se encuentra niños que por su desempeño y desarrollo en las sesiones de clase han mejorado en la disciplina deportiva y pueden hacer parte del grupo de semilleros<br><br>Jornada Mañana<br>- David Montaño<br>- Ronald Bonilla<br>- Carlos Niño<br>- Daniel Garavito<br><br>Jornada tarde<br>-Moreno Salazar Kevin Andrés<br>-Ayovi Masmela Brian Steven<br>-Rodríguez Duran Luna Vanessa<br>-Romero Huelgas Andrés Santiago<br>-Corredor Jorge José Bernardo</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Se entrega certificado de primer respondiente actualizado y vigente para el cumplimiento del objeto contractual 2.018<br><br>Evidencia: Certificado actualizado<br>Ubicación: CD y junto con el informe actual.</td></tr>
</table>

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

| | |
|---|---|
| Obligación No. 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. | Según las condiciones de los estudiantes y las necesidades de la IED Cundinamarca se ejecuta las sesiones de clase con los parámetros establecidos por el IDRD y el PEI del colegio, se programan clases, se desarrollan según el tiempo establecido y se acompañan a los estudiantes de acuerdo a los especificaciones metodológicas, pedagógicas, técnicas y administrativas que se vivencian en la disciplina deportiva (baloncesto), siempre teniendo en cuenta los valores institucionales y las competencias ciudadanas enfocándose en el liderazgo, dejando claro que esto sirve como aprovechamiento del tiempo libre y nuevo estilo de vida saludable . |
| 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 | Se usa la sudadera y carnet institucional, el material para las sesiones de clase que se entrega el día 2 de marzo por los coordinadores enlace, está en buenas condiciones y se guarda todos los días en la bodega de la institución. |
| 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 a cabalidad esta función. |
| 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. | |

## 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | FAMISANAR | $ 97.700 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PORVENIR | $ 125.000 |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | POSITIVA | $ 8.200 |
| | TOTAL | $ 230.900 |

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.**

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 contratista cumplió sus obligaciones contractuales para el presente periodo.

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: JUAN AGUSTO FRANCO TRIANA
Nº de Identificación: 80242596
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. | | | | | 2418-2018 | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | ALVARO ANDRES RIVERA CASTAÑEDA | | | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | X | CE | | 80895383 DE BOGOTA | | | | |
| 4 | Régimen del impuesto a las ventas | | | | | Simplificado | X | Común | | |
| 5 | Residente en el país (Extranjeros) | | | | | | | SI | | NO | |
| 6 | Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.) | | | | | | | SI | | NO | X |
| 7 | Declaración de ingresos<br>c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | | | | | | | SI | | NO | X |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | 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.<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo | | | | | | | SI | | NO | X |
| 11 | Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos)<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo | | | | | | | SI | | NO | X |
| 12 | Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi. | | | | | | | | | | |
| | a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo | | | | | | | SI | 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 | X | NO | |
| | 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
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80895383 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALVARO ANDRES RIVERA CASTANEDA .. .. |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 20 5-24 INT 3 APTO 502 | TELÉFONO: | 8834835 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Enseñanza deportiva y recreativa. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7705797195** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2018 | SALUD: | AÑO: | 2018 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2018/11/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 385048839 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 125.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 125.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 97.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 97.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.200** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 230.900** |
|---|---|



9

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80895383 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALVARO ANDRES RIVERA CASTANEDA . . |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 20 5-24 INT 3 APTO 502 | TELÉFONO: | 8834835 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Enseñanza deportiva y recreativa. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 77057971 | 95 | 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): | 2018/11/13 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 385048839 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 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 | COTIZACION | 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 | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES 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 | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80895383 | RIVERA CASTAÑEDA ALVARO ANDRES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 781.242 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 781.242 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 125.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 781.242 | $ 97.700 | $ 0 | $ 97.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 781.242 | 80895383 | $ 8.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | | | |

Planilla Pagada

| 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 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. | | | | | 2418-2018 | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | | | | | ALVARO ANDRES RIVERA CASTAÑEDA | | | | |
| 3 | Identificación | CC | X | CE | | 80895383 DE BOGOTA | | | | |
| 4 | Régimen del impuesto a las ventas | | | | | Simplificado | X | Común | | |
| 5 | Residente en el país (Extranjeros) | | | | | | SI | | NO | |
| 6 | Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.) | | | | | | SI | | NO | X |
| 7 | Declaración de ingresos<br>c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | | | | | | SI | | NO | X |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.<br>Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ 97.700,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 125.000,00<br>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<br>AFC $ — Ahorro Voluntario Pensión $ | | | | | | | | | |
| 10 | Intereses en créditos de vivienda de habitación.<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo | | | | | | SI | | NO | X |
| 11 | Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos)<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo | | | | | | SI | | NO | X |
| 12 | Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.<br>a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo | | | | | | SI | 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 | X | NO | |
| | 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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80895383 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALVARO ANDRES RIVERA CASTANEDA .. .. |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 20 5-24 INT 3 APTO 502 | TELÉFONO: | 8834835 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Enseñanza deportiva y recreativa. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7705797195** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: octubre | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2018 | SALUD: | | AÑO: | 2018 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2018/11/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 385048839 | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 125.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | $ 125.000 |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 97.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | $ 97.700 |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | $ 8.200 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 230.900** |



12

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80895383 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALVARO ANDRES RIVERA CASTANEDA _ _ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 20 5-24 INT 3 APTO 502 | TELÉFONO: | 8834835 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Enseñanza deportiva y recreativa. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 77057997195 | 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): | 2018/11/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 385048839 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 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 |
| EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 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 | $ 6.200 | $ 6.200 | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 6.200 | $ 0 | $ 0 | $ 6.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | 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 80895383 | RIVERA CASTAÑEDA ALVARO ANDRES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 781.242 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 781.242 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | | | Normal | $ 125.000 | EPS017-FAMISANAR | 30 | $ 781.242 | $ 97.700 | $ 0 | $ 97.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 781.242 | 80895383 | $ 6.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | |

| TOTAL | $ 230.900 |
|---|---|

Planilla Pagada

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 | 80895383 |
| NOMBRES | ALVARO ANDRES |
| APELLIDOS | RIVERA CASTAÑEDA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | SOACHA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | CONTRIBUTIVO | 01/07/2017 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 11/22/2018 06:12:27 | Estación de origen: | 186.84.88.157 |
|---|---|---|---|

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