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

MEMORANDO

27 NOV 2018

Radicado IDRD No 20185100729013

Bogotá D.C, 22/11/2018

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 2523 DE 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102501E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales GONZALEZ NEITHA ALBERT ANTONIO. CPS No 2523 DE 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

SEGURA QUIÑONEZ WILLIAM ALEXANDER
*PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: (13) CD (1)
Elaboró: CÉSAR NAVA– Contratista TEC - Deportes
Aprobó: CÉSAR NAVA– Contratista TEC - Deportes

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.11.27 09:43:54 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	05		
FECHA DEL INFORME	dd	Mm	aa
	30	11	2018

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2523 DEL 12 DE JULIO DE 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011025O1E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALBERT ANTONIO GONZALEZ NEITHA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	82385474	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO FORMADOR DEPORTIVO RANGO C PARA LA ARTICULACIÓN CON LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO EN EL PROCESO DE FORMACIÓN EN DEPORTE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PERTENECIENTES AL PROYECTO DE INVERSIÓN TIEMPO ESCOLAR COMPLEMENTARIO.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCION SERA DE CUATRO MESES (4) Y SIETE DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIACIÓN PREVIA APROBACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA (EN LOS CASOS EN LOS QUE SE REQUIERA) Y EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PRESUPUESTAL.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	SIETE MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CUATRO, MONEDA LEGAL VIGENTE COLOMBIANA (7'177.744)	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 AL 30 DE NOVIEMBRE 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 especificas</th><th>Avance ,evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1:Presentar al Supervisor del Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato, una propuesta de Plan Formador para cada grupo asignado de estudiantes de acuerdo con el Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular entregada por el proyecto.</td><td>Se presenta la propuesta del centro de interés de taekwondo para cada grupo asignado en la IED Diana Turbay para los ciclos 1,2 y 3con el formato que establece el IDRD. El cual aparece en el SIM y el correo electrónico de Gestor William Alexander Segura Quiñonez. elybu17@gmail.com.el plan formador fue orientado y se han venido realizando con el gestor I, E, D WILLIAM SEGURA, y MONICA PRIETO dando forma y fondo a los lineamientos y metas del programa

EVIDENCIAS: archivo general cd adjunto</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>
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>ESCENARIOS Y HORARIOS</th><th>SESIONES EJECUTADAS (JULIO)</th><th>SESIONES PROYECTADAS (JULIO)</th></tr>
<tr><td>G1 (501)</td><td>Miércoles y viernes de 12:15 A 14:15. IED. DIANA TURBAY</td><td>(26,31,02,07,09,14)</td><td>0</td></tr>
<tr><td>G2 (602)</td><td>Martes y jueves DE 12:00 A 14:00 IED. DIANA TURBAY</td><td>(30,01,06,08,15)</td><td>0</td></tr>
<tr><td>G3 (403)</td><td>Martes y jueves 10:00 A 12:00 pm IED. DIANA TURBAY</td><td>(30,01,06,08,15)</td><td>0</td></tr>
<tr><td>G4 (JT601, 602, 701)</td><td>Martes y jueves de 7:30 a 9:00 AM IED DIANA TURBAY</td><td>(30,01,06,08,15)</td><td>0</td></tr>
</table>

Las evidencias de la obligación se encuentra en el cd</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>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>Ya se tiene activo el usuario asignado por el encargado del IDRD, el cual corresponde a:

USUARIO SIM: ALBERT.GONZALEZ

Se solicita el usuario y contraseña por medio electrónico al correo soportetiempoescolarc@gmail.com La cual fue asignada con éxito.
Se realizó el registro de grupos, estudiantes y sesiones de clase acorde lo establecido por 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>
<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>SESIONES</th><th>ASISTENCIA</th></tr>
<tr><td>G1 TAEKWONDO 501 12:15 A 14:15 DIANA TURBAY</td><td>26
31
02
07
09
14</td><td>17 ESTUDIANTES
17 ESTUDIANTES
17 ESTUDIANTES
17 ESTUDIANTES
17 ESTUDIANTES
17 ESTUDIANTES</td></tr>
<tr><td>G2 TAEKWONDO 602 12:00-A 14:00 IED DIANATURBAY</td><td>30
01
06
08
15</td><td>21 ESTUDIANTES
21 ESTUDIANTES
21 ESTUDIANTES
20 ESTUDIANTES
21 ESTUDIANTES</td></tr>
<tr><td>G3 TAEKWONDO 403 10:00 AM A 12:00 PM IED. DIANA TURBAY</td><td>30
01
06
08
15</td><td>19 ESTUDIANTES
18 ESTUDIANTES
19 ESTUDIANTES
19 ESTUDIANTES
19 ESTUDIANTES</td></tr>
<tr><td>G4 TAEKWONDO JM(101 7:30AM A 9:00 AM IED DIANA TY</td><td>30
01
06
08
15</td><td>15 ESTUDIANTES
15 ESTUDIANTES
15 ESTUDIANTES
15 ESTUDIANTES
15 ESTUDIANTES</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>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>
<table>
<tr><th>Grupo 1</th><th>Grupo 2</th><th>Grupo 3</th><th>Grupo 4</th></tr>
<tr><td>ESCENARIO: IED DIANA TURBAY SEDE A</td><td>ESCENARIO: IED DIANA TURBAY SEDE A</td><td>ESCENARIO: IED DIANA TURBAY SEDE A</td><td>ESCENARIO: IED DIANA TURBAY SEDE A</td></tr>
<tr><td>MIERCOLES–VIERNES</td><td>LUNES-MARTES – JUEVES</td><td>LUNES-MARTES – JUEVES</td><td>LUNES-MARTES– JUEVES</td></tr>
<tr><td>26 OCTUBRE
31 OCTUBRE
02 Noviembre
07 Noviembre
09 Noviembre
14 Noviembre</td><td>30 Octubre
01 Noviembre
06 Noviembre
08 Noviembre
13 Noviembre</td><td>30 Octubre
01 Noviembre
06 Noviembre
08 Noviembre
15 Noviembre</td><td>30 Octubre
01 Noviembre
06 Noviembre
08 Noviembre
15 Noviembre</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No.6: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones músculo-esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.</td>
<td>Se realizó la solicitud de los practicantes del centro de interés de taekwondo esto con el fin de conocer si presentan limitaciones médicas a la hora de practicar algún deporte específico. Y estar al tanto de la salud del estudiante a la hora de que se presente una eventualidad, no obstante se solicitó a los estudiantes que no pueden asistir al centro de interés una excusa médica. La cual fue informada a la docente enlace Alis pineda</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.</td>
<td>Se realiza la solicitud del certificado médico, de los practicantes de taekwondo a los profesores directores de cada curso y a los docentes enlace esto con el fin de saber si cuenta con seguro médico, si se llegara a presentar una eventualidad, y poder contar con información del practicante de taekwondo.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>En el transcurso de las sesiones del día 24 se presentó un accidente en el cuan el niño Cristian salas, durante el trote de calentamiento, estábamos trabajando en el salón y una niña abrió la puerta y el se estrelló con la puerta, se realizó el proceso con la docente enlace y no se observó moretones ni laceración en la piel.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Se asistió a reuniones convocadas por el gestor IED WILLIAM SEGURA y/o docentes enlace en la institución educativa y el IDRD. El</td>
</tr>
</table>

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

Obligación No. 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 asistió a reuniones convocadas por el gestor IED WILLIAM SEGURA y/o docentes enlace en la institución educativa y el IDRD. El cumplimiento de esta cláusula, se puede ver reflejado en las actas de reunión que se encuentran en el informe del GESTOR IED, o actas adjuntas a este mismo informe. ➢ REUNION 13 DE NOVIEMBRE ➢ REUNION 23 DE NOVIEMBRE Los soportes o actas se encuentran adjunta en el cd.
Obligación No.10: 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 realizó hace la respectiva entrega del certificado del respondiente al Gestor IED, en los días asignados para la entrega del mismo.
Obligación No.11: 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.	Para dar inicio a esta obligación fue necesario realizar la lectura de la ley 1098 de 2006, para tener en cuenta los siguientes artículos y capítulos que allí se consignan. Por mi parte velaré por los derechos de los niños y adolescentes que hacen parte de la institución a la que se me fue asignado Adicional a esto, se prosigue a cumplir y hacer cumplir el Manual de Convivencia de la Institución.
Obligación No. 12: Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	Daré garantías de cumplimiento de privacidad y protección al sistema de gestión de seguridad de la información de la entidad a la cual pertenezco.
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.	

5

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	Famisanar	$ 97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	$ 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 Contratista cumple con lo estipulado para el presente periodo

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: William Alexander Segura Quiñones
N° de Identificación: 1023861707
Cargo: Gestor IED

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE RECREACIÓN Y DEPORTE
ÁREA DE DEPORTES
TIEMPO ESCOLAR COMPLEMENTARIO
INFORME TÉCNICO MENSUAL CENTRO DE INTERÉS: TAEKWONDO

I.E.D.: DIANA TURBAY FORMADOR: ALBERT ANTONIO GONZALEZ NEITHA PERÍODO DE ACTIVIDADES: 26 DE SEPTIEMBRE- 30 DE NOVIEMBRE

OBJETIVOS	EDUCATIVO	MOTRIZ	TÉCNICO	OBSERVACIONES
PLANEADO (describa el o los objetivos planteados de acuerdo a su Plan Formador y Plan Pedagógico realizedos en su CI)	Explicar acerca de la perseberancia y el esmero deportivo para lograr los objetivos propuestos en la vida personal social y laboral	exforzar sus habilidades y agilidad mediante actividades de sana competencia y exigancia individual	Refuerzo a tecnicas depateo y elevacion de pierna frontal y lateral vistas en la clase anterior, ademas de repasar y reforzar de la misma manera los guibones de brazos tecnica definicion, ajuste, armonia,balance, poder	
LOGRADO (describa qué o hasta dónde alcanzaron los logros sus alumnos. Explique brevemente la manera en que evidenció dichos avances)	se ha evidenciado que la perseverancia ha sido la clave de exito para los estudiantes de la institucion que hoy son parte de el proceso de semilleros y son el ejemplo y representacion de sus compañeros.	es satisfactorio saber que ya los estudiantes de taekwondo de la institucion, se evidencia cambios comportamentales y una sana competencia a la hora de relacionarse con compañeros de otras instituciones.	El proceso de desarrollo de las diferentes tecnicas y capacidades se fortalecen y afirman una buena base a la hora de realizar trabajo es por esto que es importante tener una buena base por de ahí depende, que su futuro sea algo muy marcado a diferencia de otros praticante	

Revisado por: _____ *Coordinador(a) Territorial.* *Entregado a:* _____ *Coordinadora Pedagógica*

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.					**2523 de 2018**				
2	Nombre del Contratista	**ALBERT ANTONIO GONZÁLEZ NEITHA**								
3	Identificación	CC	X	CE		**82.385.474**				
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

FIRMA

8

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-13, 09:52:15 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016774465 **Referencia pago(PIN)** 8894001830

Periodo Cotización 201811 **Periodo Servicio** 201811

Cliente:

PAGADA 2018-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBERT ANTONIO GONZALEZ NEITHA				
Documento	CC 82385474	**Dirección**	CR 81 N 71 96		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214066546		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 823854?4		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ NEITHA ALBERT ANTONIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	0			$ 781,242	230301		16 %	$ 781,242	$ 125,000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781,242	$ 97,700	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 781,242	$ 8,200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

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

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

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

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

1	Contrato No.					**2523 de 2018**				
2	Nombre del Contratista					**ALBERT ANTONIO GONZÁLEZ NEITHA**				
3	Identificación	CC	X	CE		**82.385.474**				
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 25 MM 10 AA 2018

FIRMA

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-13, 09:48:29 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016237078 **Referencia pago(PIN)** 8894001830

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-11-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALBERT ANTONIO GONZALEZ NEITHA				
Documento	CC 82385474	**Dirección**	CR 81 N 71 96		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214066546		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 82385474		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					GONZALEZ NEITHA ALBERT ANTONIO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 781.242	$ 8.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	82385474
NOMBRES	ALBERT ANTONIO
APELLIDOS	GONZALEZ NEITHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	30/01/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/13/2018 09:57:08	Estación de origen:	190.26.74.94

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

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	ALBERT ANT GONZALEZ NEITA	COORDINADOR	WILLIAM ALEXANDER SEGURA QUIÑONEZ
FECHA REVISIÓN	2018-11-22 10:59:11	Mes	Noviembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO DIANA TURBAY (IED)	DIANA TURBAY I	1	**Viernes,12:15:00,14:15:00** 26-2-9-16 **Miercoles,12:15:00,14:15:00** 31-7-14	26-31-2-7-9-14		25	21
	DIANA TURBAY I	2	**Martes,12:00:00,14:00:00** 30-6-13 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 1-8-15	30-1-6-8-15			
	DIANA TURBAY I	3	**Martes,12:00:00,14:00:00** 30-6-13 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 1-8-15	30-1-6-8-15			
	DIANA TURBAY II	4	**Martes,07:30:00,09:00:00** 30-6-13 **Jueves,07:30:00,09:00:00** 1-8-15	30-1-6-8-15			

Reuniones

FECHA - HORARIO	2018-11-13 (06:00:00 - 14:30:00)	TEMA	COMISIONES DE EVALUACIÓN Y CORRECCIÓN DE NOTAS

Participación eventos

24