

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección Administrativa y Financiera	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Página: 1 de 5
		Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-33 V.6
	SGI	Vigente a partir de: 10-04-2014

Bogotá, D.C., 21 de febrero de 2018 ✓

No. 01 ✓

Señora Teniente Coronel
VERÓNICA PEDRAZA MARTÍNEZ
 Directora Administrativa y Financiera
 Comando General de las Fuerzas Militares

Asunto: Informe de Supervisión, Actividades y Gestión de **JUAN CARLOS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

Respetuosamente, me permito enviar a la señora Teniente Coronel Directora Administrativa y Financiera del Comando General de las Fuerzas Militares, el informe de supervisión que contiene las obligaciones contractuales y la prestación del servicio brindado a la fecha, por parte de **JUAN CARLOS HERNÁNDEZ GONZÁLEZ**, quien presta sus servicios como ENTRENADOR teniendo en cuenta las condiciones expresas en el Contrato de Prestación de Servicios No 089 de 2018, cuyo objeto es prestar los servicios como entrenador de ATLETISMO DE PISTA, para apoyar a la Federación Colombiana Deportiva Militar del Comando General, en el desarrollo de los programas y eventos avalados por la Federación Nacional y por el Concejo Internacional del Deporte Militar (CISM) en competencias Nacionales e internacionales, así:

No.	OBLIGACIONES CONTRACTUALES
1	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como entrenador de la Liga Militar de ATLETISMO DE PISTA.
2	Realizar las actividades de Planes de entrenamiento para elevar la condición Técnico táctico de cada uno de los deportistas
3	Llevar Control del rendimiento deportivo realizando los test apropiados en cada caso, y pasar los informes a la Liga de ATLETISMO DE PISTA
4	Disponer de los datos básicos sobre la salud de los deportistas y los riesgos que implican las actividades, con el objetivo de tomar las decisiones acertadas, en caso de que se produzca un contratiempo durante una sesión
5	Presentar informe mensual de actividades a la Federación Colombiana Deportiva Militar, donde se incluya resultados deportivos, participación, rendimiento y asistencia a entrenamientos de cada deportista
6	Verificar que las instalaciones y el equipamiento deportivo sean seguros para los deportistas, antes y durante las sesiones correspondientes, teniendo en cuenta las condiciones atmosféricas durante todas las actividades, conforme a las normas de seguridad establecidas
7	Acompañamiento a los deportistas en los diferentes eventos deportivos

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección Administrativa y Financiera	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Página: 2 de 5
		Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-33 V.6
	SGI	Vigente a partir de: 10-04-2014

8	Garantizar que los deportistas de FF.AA logren un óptimo rendimiento para ocupar las primeras posiciones en los resultados generales en los diferentes eventos deportivos
9	Elaborar y sustentar los planes de entrenamiento al inicio y término del año.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Treinta días programados. (30)

Cuarenta y cuatro sesiones programadas. (44)

Se realizó un trabajo de preparación general de acuerdo al periodo en el que se encuentra los atletas, además se están realizando seguimiento de cada uno de los atletas de fondo para determinar las falencias que pueden presentar en este periodo y corregirlas para que cuando se entre a la etapa específica no presenten ninguna deficiencia de preparación.

Por otra parte se está trabajando con diferentes medios para mejorar la técnica de carrera y la saltabilidad con el fin potenciar mejor los trabajos de ritmo en pista y en calle que vendrán en un periodo posterior.

En esta etapa caracterizada por los trabajos de fortalecimiento general y por el creciente progresivo del volumen en kilómetros además por diferentes trabajos de montaña y entrenamientos de pesas o circuitos de fuerza y desarrollo corporal.

Se han aplicado test para determinar la velocidad de carrera en el fondo y la velocidad de carrera en los entrenamientos de ritmo y pista.

COMPETENCIAS: se realizaron dos competencias dentro de la preparación general como fue el Campeonato Nacional de Cross Country en la ciudad de Sogamoso obteniendo los siguientes resultados

*Campeonato Nacional de cross Country

Atleta	Puesto	Distancia	Tiempo
Jhon Hernando Chaux Males	9°	10 km	38'21
Juan Mendieta	14°	10 km	38'46
Fabián Ossa Pajoy	16°	10 km	39'00
Andrés Felipe claros Silva	17°	10 km	39'01
Juan Einer Gomez	22°	10 km	39'54

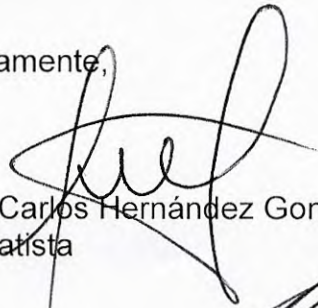
Se verificaron las actividades realizadas por el Contratista y se constató que estas están acorde a las obligaciones contractuales pactadas en el Contrato de Prestación de Servicios No. 089 de 2018, por lo tanto se recibe a satisfacción la prestación del servicio brindada a la fecha.

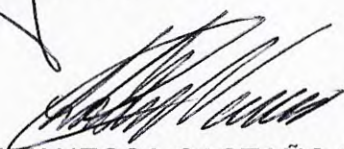
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección Administrativa y Financiera	FORMATO INFORME SUPERVISIÓN ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Página: 3 de 5
		Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF- FU.95.1-33 V.6
	SGI	Vigente a partir de: 10-04-2014

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SOCIAL Y PARAFISCALES

Para dar estricto cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 50 de la ley 789 de 2002 y el parágrafo 2 del artículo 1 de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, durante la ejecución del contrato se dio cumplimiento de las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- cuando aplique). Se anexa certificado del cumplimiento por parte del contratista.

Atentamente,


 Juan Carlos Hernández González
 Contratista


 Subteniente LADY VANESSA CASTAÑO QUINTERO
 Supervisor del Contrato

Anexo: Mesociclo de entrenamiento, fotos he informes de prensa o resultados

Anexo: Planilla y comprobante de pago a EPS, PENSION Y/O FOSYGA, correspondiente al mes que se presenta el informe de supervisión.

Nota 1: Al informe se deberán anexar todos los documentos soportes que evidencien el seguimiento efectuado por el supervisor que garantice la adecuada ejecución del contrato, así como fotos, actas de recibo, cronogramas, entre otros.

Nota 2: El Supervisor del Contrato deberá verificar y certificar el cumplimiento de los pagos a los aportes parafiscales

<div data-bbox="110 1642 203 1732" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="97 1152 207 1619" data-label="Text"> <p>MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES Dirección Administrativa y Financiera</p> </div>	<div data-bbox="94 758 196 1079" data-label="Text"> <p>FORMATO INFORME SUPERVISIÓN ACTIVIDADES Y GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</p> </div> <div data-bbox="204 896 228 938" data-label="Text"> <p>SGI</p> </div>	<div data-bbox="79 592 103 741" data-label="Text"> <p>Página: 4 de 5</p> </div> <div data-bbox="126 331 180 741" data-label="Text"> <p>Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF- FU 95.1-33 V.6</p> </div> <div data-bbox="204 436 228 741" data-label="Text"> <p>Vigente a partir de: 10-04-2014</p> </div>
--	--	---



 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES GESTIÓN ADMINISTRATIVA Dirección Administrativa y Financiera	FORMATO CERTIFICACIÓN DE INDEPENDIENTES	Página: 1 de 1
	SGI	Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF-FU-95 1-28 V.8 Vigente a partir de: 04-01-2018

Bogota DC 21 DE FEBRERO DE 2018

Señora Teniente Coronel
VERÓNICA PEDRAZA MARTÍNEZ
 Directora Administrativa y Financiera
 Comando General de las Fuerzas Militares

Yo, JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 11202447 de la ciudad de Chia responsable del IVA en el régimen común () simplificado (x) y con número de identificación tributario-11202447 emitido por la DIAN de BOGOTÁ con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto No. 0099 del 25 de Enero de 2013 Parágrafo 4 de manera libre y espontánea, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que SI () O NO (x) estoy obligado a presentar declaración del impuesto sobre Renta y Complementarios por el año gravable 2017 y que mis ingresos brutos en el año (2017) SI (x) o NO () provienen de salarios, honorarios, comisiones o servicios por tener título profesional o tecnológico y sin usar máquinas ni insumos especializados y fueron de \$ 22.000.000

Que para efectos de disminuir la base de retención en la fuente cumplo con lo siguiente:

Rentas Exentas	SI	NO
a. Aportes Obligatorios a Pensiones y fondo solidaridad pensional (Ley 100 1993 Art. 135)	X	
b. Aportes Voluntarios Empleador Fondo de Pensiones (Art 126 -1 E.T.)		X
c. Aportes a cuentas AFC (Art 126 -4 E.T.) La Sumatoria de los beneficios b y c, no pueden exceder del 30% del ingreso		X
d. Gastos de Entierro del Trabajador		X
e. Gastos de Representación de algunos funcionarios oficiales		X
f. Exenciones para miembros de las fuerzas armadas		X
g. Gastos por enfermedad, maternidad o accidente		X
Deducciones	SI	NO
1. Pago intereses de vivienda o		X
2. Deducción por dependientes (Ver		X
3. Pagos Por Salud medicina		X
4. Pagos por aporte salud obligatoria		X

Anexo los soportes correspondientes de las rentas exentas y deducciones a las que tengo derecho.

Certifico que a la fecha en que se expide el presente certificado figuro como contratista únicamente en los siguientes contratos de prestación de servicios, incluyendo el contrato con la persona o entidad a la que va dirigida esta certificación.

Nombres o Razón social del Contratante	Nit del contratante	Fecha de iniciación del contrato	Fecha de Finalización del contrato	Valor bruto del pago que se generará (o se generó) a mi favor durante el presente mes por el desarrollo de este contrato	Valor de IVA que cobrará sobre ese pago
CGFM	800230729-9	24/01/2018	24/11/2018	\$ 2.255.700	
Total en pesos				\$ 2.255.700	
Total en Unidades de Valor Tributario (UVT)				68,03	
Nota. La UVT a la fecha de este certificado es:				\$ 33.156	

En constancia de lo anterior firmo en la ciudad de BOGOTÁ, a los 21 días del mes de febrero del año 2018

JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ
 NOMBRE
 C.C. No. 11202447

 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE FUERZAS MILITARES Dirección Administrativa y Financiera	FORMATO TRAMITE DE PAGOS	Página: 1 de 1 Código: MDN-CGFM-PROGESAD-DIADF-FU.95.1-30 V.4
	SGI	Vigente a partir de: 10-04-2014

DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
800.230.729-9

No. 001

CIUDAD Y FECHA: BOGOTA, 21 DE FEBRERO 2018

NOMBRE CONTRATISTA: JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ

Nit ó C.C.: 11202447

LA SUMA DE: \$2.255.700.00 (DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS MCTE)

POR CONCEPTO DE: Prestacion de Servicios Contrato No. 089 del 2018

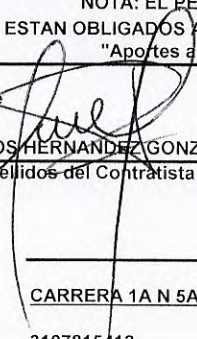
En cumplimiento con el artículo 2o. Del Decreto 129 de 2010 me permito certificar que efectué los aportes correspondientes al Sistema de la Protección Social, conforme con las disposiciones legales, según Numero de planillas que a continuación relaciono.

	DD/MM/AA
Planilla Aportes a Salud No. 7193176235	FECHA 06/02/2018
Planilla Aportes a Pension No. 7193176235	FECHA 06/02/2018
Planilla Aportes a FOSYGA No. 	FECHA
Planilla Riesgos Laborales No. 7193176235	FECHA 06/02/2018

A fin de dar cumplimiento con lo estipulado en el paragrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 18 de Junio de 2009 me permito solicitar la disminución de la base de Retención en la Fuente al momento del pago o abono en cuenta del contrato de Prestación de Servicios No. 089 del 2018.

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud y pensiones presentados para el pago del mes de: FEBRERO de 2018, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

NOTA: EL PERSONAL CONTRATISTA PENSIONADO QUE PERTENECE AL REGIMEN DE EXCEPCION* (VER NOTA) ESTAN OBLIGADOS A REALIZAR APORTES AL FOSYGA (SALUD), POR LO TANTO DEBEN DILIGENCIAR SOLAMENTE LA CASILLA "Aportes a FOSYGA" LOS DEMAS PENSIONADOS DEBEN DILIGENCIAR LA CASILLA " Planilla Aportes a Salud

Cordialmente  JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ Nombre y Apellidos del Contratista Firma: Direccion <u>CARRERA 1A N 5A-71 INT. 5</u> Telefono <u>3107815412</u>	*Nota PERTENECEN AL REGIMEN DE EXCEPCION: ° Los miembros de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. ° Los Civiles del Ministerio de Defensa Nacional y la Policía Nacional vinculados antes de la Vigencia de la Ley 100/93. ° Los miembros no remunerados de las corporaciones publicas. ° Los Servidores Publicos de ECOPETROL y los Pensionados de la misma. ° Los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y Servidores Publicos de la Educación Superior
--	---

SAP 45/284543 / 23-03-2018

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 11202447
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ HERNANDEZ GONZALEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 1 A 5A 71 INT 5	TELÉFONO: 8855741
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7193176235	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/02/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997568703

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 140.200
SUBTOTAL:			1	\$ 140.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 109.500
SUBTOTAL:			1	\$ 109.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 4.600
SUBTOTAL:			1	\$ 4.600

TOTAL PAGADO:	\$ 254.300
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 11202447
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN CARLOS HERNANDEZ GONZALEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CR 1 A 5A 71 INT 5	TELÉFONO: 8855741
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4206018130	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN: MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD: AÑO: 2018
DÍAS DE MORA:	11	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/02/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9997830324
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7193176235	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2018/02/06

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 4.300
SUBTOTAL:			1	\$ 4.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 3.400
SUBTOTAL:			1	\$ 3.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 300
SUBTOTAL:			1	\$ 300

TOTAL PAGADO:	\$ 8.000
----------------------	-----------------