1. INFORMACIÓNGENERALDELCONTRATO

Contratista	***YENILORENAFLOREZFLOREZ***
InformedeActividadesN.º	2DE6
Período	15/07/2023al14/08/2023
NúmerodelContrato	339DE2023
Objeto:	PRESTARLOSSERVICIOSDEAPOYOALAGESTIONPARAELPROGRAMADELAESCUELADEINICIACIÓNYFORMACIÓNDEPORTIVAENLAMODALIDADDELEVANTAMEINTODEPESAS ENELMUNICIPIODESANTAROSADECABAL.
Plazo	6 MESES
ValorTotaldelContrato	**$9.600.000**
ValordelPeriododelInforme	1.600.000
FechadeInicio	15deJUNIOde2023
FechadeTerminación	14DICIEMBREde2023
Plan,ProgramaoProyecto	***Deporte,RecreaciónyActividadFísica,comomediodeTransformaciónSocial.***
Supervisor	LEONARDO GALLEGO HERNANDEZ
Secretaría	***SubsecretaríadeDeporteyRecreación.***

ADICION	N/A
PRORROGA	N/A
TERMINACIONFINAL	N/A
DISPONIBILIDAD	N/A
REGISTROPRESUPUESTAL	N/A
RUBRO	N/A

2. INFORMACIÓNTÉCNICA–DATOSGENERALESDEINTERVENCIÓN

CATEGORIA/GRUPOPOBLACIONAL	RANGOSEDADES	N°PARTICIPANTES	GÉNERO	
			F	M
PRIMERINFANCIA	0-5			
INFANCIA	6-12	14	7	7
ADOLECENCIA	13-17	38	21	17
MAYORES	17-25	2	1	1
		54	29	25

RangosdeEdades:0–5años(),6–12años(),13–17años(),18–26años(),27–60años()yMayoresde60().

PERTENENCIAÉTNICA						VULNERABILIDAD			
Afro		Indígenas		Mestizos		Discapacidad		Víctimas delConflicto	
F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
				29	25				

BENEFICIARIOSPORESTRATO					
-	0	1	2	3	OTROS
PLANEADA		20	15	15	
ATENDIDA		20	23	11	

BENEFICIARIOSPORZONA	
U	R
51	3

3. DESARROLLODELCONTRATO

<table>
<tr><th>OBJETIVOSOALCANCESDELCONTRATO</th><th>ACTIVIDADDESARROLLADA</th><th>REGISTRO</th><th>PORCENTAJEDECUMPLIMIENTOY/OOBSERVACIONES</th></tr>
<tr>
<td>1. Apoyar y organizar dos grupos deLevantamientodepesasenlazonaurbana con un número de 25 niños, oadolescentescadagrupoconunaintensidad de 120 minutos cada clase yuna intervención de 3 veces por semanacadagrupo.</td>
<td>Serealizanlasprácticasdeportivasylúdicasconlosgrupos asignadosenlosalcancespropuestos.
Iniciando las clases del segundo periodo el 15 de julio hasta el 14 de agosto de 2023

Grupo Formacion: martes,jueves yviernes
Grupo Proyeccion: lunes,martes,miércoles,jueves yviernes
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>N°Niños</th><th>Fechasdeclases</th></tr>
<tr><td>PROYECCION
Coliseo</td><td>19</td><td>Julio
18-2125-27-28

Agosto
1-3-4-8-10-11-15</td></tr>
<tr><td>FORMACIÓN
Coliseo</td><td>35</td><td>JULIO
15-17-18-19-20-21-22-24-25-26-27-28-29-31
AGOSTO
1-2-3-4-5-8-9-10-11-12-14-15</td></tr>
</table>
</td>
<td>Anexo1
Evidencia fotográfica
De los 2 grupos de formación yproyección

Anexo2
Tabla conlos horariosestablecidos y aprobados por elcoordinaros</td>
<td>33.33%</td>
</tr>
</table>

OBJETIVOSOALCANCESDELCONTRATO	ACTIVIDADDESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJEDECUMPLIMIENTOY/OOBSERVACIONES
.2.Apoyarymanteneractualizadocadameslabasedatos(asistenciaycaracterización)delosdeportistaspertenecientesalprogramaespode.	Seregistraplansemanaldelasdiferentesactividadesprogramadasparalosgruposasignados. • Se registra evidencia de la base de datos demanerafísicade la caracterización de los niños que ingresaron en el segundo periodo • Se realizan estadísticas de acuerdo a la basede datos obtenida de la caracterización de losbeneficiados delprogramaESPODE y sus respectivos colegios	***Anexo3.*** Evidencia delplansemanal conlas diferentesactividadesrealizadas,fotografíadelosdiferentes grupos consucaracterización,asistenciaydelos colegios donde pertenecen	**33.33%**

OBJETIVOSOALCANCESDELCONTRATO	ACTIVIDADDESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJEDECUMPLIMIENTOY/OOBSERVACIONES
3.RealizarfestivalesbimensualmentedeintegracióndeLevantamientodePesas,paraevaluarlosalcances,fortalezas ydebilidadesque permitanmejorarlosprocesosdeportivos yhabilidadesmotrices	*22 DE JULIO se realiza el primer festival de levantamiento de pesas 2023 donde se evaluó los avances de cada niño de sus entrenamientos*	***Anexo 4*** *Registros fotográficos del festival de pesas*	**33.33%**
4. Acompañar la escuela de padres atravésdeencuentrosbimensualesquepermitan socializar los procesos,alcances y aspectos por mejorar porpartedelosdeportistas.	*18 de julio se realizo la primera reunión de padres de familia de los niños que pertenecen al programa de las ESPODE en levantamiento de pesas*	***Anexo 5*** *Registro fotográfico y planilla de asistencia reunión padres*	**33.33%**

OBJETIVOSOALCANCESDELCONTRATO	ACTIVIDADDESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJEDECUMPLIMIENTOY/OOBSERVACIONES
5. Asistir y participar de las reunionesdel comité técnico y capacitaciones alas que sea convocado por parte de lasubsecretaria de Deportey Recreaciónosecretariadedesarrollosocial	. • **01 de agosto** se asiste a reunión convocada porelcoordinadorMauricioSaldarriagadelasESPODE para aclararudas delos alcances y apoyos proyectados.	**Anexo6.** Evidenciafotográficadelasdiferentesreunionesconvocadasporelcoordinadoryel Subsecretario. Ylaasistencia	**33.33%** .
. 6. Apoyar mínimo 2 actividades queseanconvocadosporlasubsecretariadeDeporteyRecreaciónoSecretariadedesarrollosocial	• ***20 de julio se participo y apoyo en el desfile del día de la independencia donde se realizo en las principales calles del municipio*** • ***29 de julio se apoyó en la logística del evento de boxeo que se realizo en el parque Arango en horas de la tarde***	***Anexo 7*** Evidenciafotográficadelosdiferentes apoyos a la secretaria ysubsecretaria municipal.	**33,33%**

V.B.Supervisor
LEONARDOGALLEGOHERMNANDEZ
SUBSECRETARIODEPORTEYRECREACIÓN

Contratista
YENILORENAFLOREZFLOREZ
MONITORAENLADISCIPLINADELEVANTAMIENTODEPESAS

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1093228286		FLOREZ FLOREZ YENI LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 17 15-30	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3207765478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	82294805	9454614977	I	2023/09/20	2023/08/03	BANCO DE BOGOTA	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$358,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$358,900
Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL Depto: RISARALDA (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$358,900
1	CC	1093228286	FLOREZ YENI	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,160,000	2.436%	$28,300	0	$0	$0	No	$358,900
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000		$28,300		$0	$0		$358,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1093228286		FLOREZ FLOREZ YENI LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 17 15-30	SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA	3207765478	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	82294805	9454614977	I	2023/09/20	2023/08/03	BANCO DE BOGOTA	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 1.600.000	$ 1.160.000

PENSION	$ 185.600
SALUD	$ 145.000

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2,436%	$ 28.258

$ 358.858
TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI** ___ **NO** __X__ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.