1. INFORMACIÓNGENERALDELCONTRATO

Contratista	***YENILORENAFLOREZFLOREZ***
InformedeActividadesN.º	3DE6
Período	15/08/2023al14/09/2023
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	***LEONARDOGALLEGOHERMNANDEZ***
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	42	22	20
MAYORES	17-25	2	1	1
		58	30	28

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
				30	28				

BENEFICIARIOSPORESTRATO					
-	0	1	2	3	OTROS
PLANEADA		20	15	15	
ATENDIDA		19	23	14	2

BENEFICIARIOSPORZONA	
U	R
55	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>Serealizanlasprácticasdeportivasylúdicasconlosgruposasignadosenlosalcancespropuestos.
Iniciando las clases del segundo periodo el 15 de AGOSTO hasta el 14 de SEPTIEMBRE de 2023

GrupoFORMACIÓN:martes,juevesyviernes 3;00 A 4:00 PM
GrupoPROYECCION:lunes,martes,miércoles,juevesyviernes 4;00 A 5:00 PM
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>N°Niños</th><th>Fechasdeclases</th></tr>
<tr><td>PROYECCION</td><td>19</td><td>AGOSTO 15-16-17-18-21-22-23-24-25-28-29-30-31-
SEPTIEMBRE 1-4-5-6-7-8-9-11-12-13-14-15-</td></tr>
<tr><td>FORMACIÓN</td><td>39</td><td>AGOSTO 15-17-18-22-24-25-28

SEPTIEMBRE 1-5-7-8-23-24-25-</td></tr>
</table>
</td>
<td>Anexo1
Evidencia fotográfica
De los 2 grupos de formación yproyección

Anexo2
Tabla conloshorariosestablecidos y aprobados por elcoordinaros</td>
<td>50%</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 TERCER periodo • Se realizan estadísticas de acuerdo a la basede datos obtenida de la caracterización de losbeneficiadosdelprogramaESPODE y sus respectivos colegios	***Anexo3.*** Evidencia delplansemanalconlasdiferentesactividadesrealizadas,fotografíadelosdiferentes grupos consucaracterización,asistenciaydelos colegios donde pertenecen	**50%**

OBJETIVOSOALCANCESDELCONTRATO	ACTIVIDADDESARROLLADA	REGISTRO	PORCENTAJEDECUMPLIMIENTOY/OOBSERVACIONES
3.Realizarfestivalesbimensualmentedeintegraciónde LevantamientodePesas,paraevaluarlosalcances,fortalezas ydebilidadesquepermitanmejorarlosprocesosdeportivosyhabilidadesmotrices	*EL festival de levantamiento de pesas del grupo de proyección se realizóEL 17 DE AGOSTO enla ciudad de Armenia donde participaron y se evaluaron los avances de cada niño. En un evento de interligas, compitiendo con demás municipios y motivando a los deportistas a exigirse más en el chequeo por estar en nuevos lugares y competidores.* *Realizando seguimiento en sus últimas marcas registradas en la modalidad de arranque y envión*	***Anexo 4*** *Evidencia fotográfica*	**50%**
4. Acompañar la escuela de padres atravésdeencuentrosbimensualesquepermitan socializar los procesos,alcances y aspectos por mejorar porpartedelosdeportistas.	La reunión de padres de familia según lo planificado se tiene estimado a realizarse en el cuarto periodo siguiendo los alcances de efectuar 1 reunión bimensualmente. *Por tanto, queda proyectada para el cuarto periodo, con fecha tentativa para el 23 septiembre* .	***N/A***	**33.33%** **Se proyecta para el 23 de septiembre**

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 DeporteyRecreaciónosecretariadedesarrollosocial	. • **22 de agosto** se asiste a reunión convocada porelcoordinadorMauricioSaldarriagadelasESPODE para aclararduda delos alcances y apoyos proyectados.	**Anexo5.** Evidenciafotográficadelasdiferentesreunionesconvocadasporelcoordinadoryel Subsecretario. Ylaasistencia	**50 %** .
. 6. Apoyar mínimo 2 actividades queseanconvocadosporlasubsecretariadeDeporteyRecreaciónoSecretariadedesarrollosocial	• ***28 de agosto se apoyo en el festival dela inclusión realizado en el estadio del municipio*** • ***31 de agosto se apoyo en la actividad realizada por la alcaldía municipal, de todos al parque de las ESPODE en las canchas de la Hermosa***	***Anexo6*** Evidenciafotográficadelosdiferentes apoyos a la secretaria ysubsecretaria municipal.	**50%**

_____ _____

V.B.Supervisor ***Contratista***

LEONARDOGALLEGOHERMNANDEZ ***YENILORENAFLOREZFLOREZ***

SUBSECRETARIODEPORTEYRECREACIÓN ***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
2023-09	2023-09	152465755	9456156256	I	2023/10/20	2023/09/11	BANCO DE BOGOTA	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tde tae ade tda tap vsp 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
2023-09	2023-09	152465755	9456156256	I	2023/10/20	2023/09/11	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.