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

MEMORANDO

Radicado IDRD No 20195200220473

Bogotá D.C, 03/04/2019

PARA : JHAIR FERNANDO ORREGO PEREIRA
Subdirector de Contratación

DE: Área de Recreación

ASUNTO: Remisión Informe No: 1, Certificado de ARL y Certificado Primer Respondiente

Con el fin de que repose en la carpeta original del CPS No. IDRD-CTO-1237-2019, suscrito con MÁRQUEZ SIERRA INGRY PAOLA, me permito remitir el Informe de Actividades correspondiente al mes de MARZO de 2019, con su respectiva copia de los aportes a seguridad social, certificado ARL y certificado primer respondiente.

Expediente virtual No. 2019800201101361E.

Cordialmente,

MARÍA DEL AMPARO WISWELL AREVALO
Profesional Especializado 222 - 06
Área de Recreación

Anexos: 11 Folios.
Proyecto: Hermes López Hernández- Técnico Operativo 314 – 07– Área de Recreación

10

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.	1		
FECHA DEL INFORME	dd	Mm	aa
	25	03	2019

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1237-2019
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2019800201101361E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	C.C. 1.073.671.698	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión para ejecutar las acciones recreativas orientadas a la inclusión de la poblaciones en condiciones diferenciales, en los escenarios de desarrollo de las mismas, acorde con las orientaciones definidas por el Plan de Acción y el Plan Operativo institucional.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Once (11) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	25.410.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	25/02/2019	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	24/01/2020	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	DEL 25 DE FEBRERO DEL 2019 AL 25 DE MARZO DEL 2019	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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.).

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.

Obligaciones específicas	Avance, evidencias y ubicación
Obligaciones No 1. Elaborar la programación local, organizar, preparar, confirmar, ejecutar y registrar la totalidad de actividades recreativas orientadas a la inclusión de las comunidades intervenidas por el Programa, diligenciar la y entregar reporte en los sistemas, formatos y tiempos definidos, previa aprobación del Gestor ARBC.	**Avance:** Se realizaron visitas diagnósticas a las instituciones encontradas en la localidad y las referidas, se categorizaron y se acordaron actividades para el mes de marzo. También se realizó la programación correspondiente al mes de marzo con un total de 26 actividades registradas en plataforma y dos actividades de plan operativo, las cuales se ejecutaron y se informó de su ejecución en el grupo de Whatsapp RIN 2019 y se registraron en la plataforma SIM. **Evidencia**: Actas visitas categorización instituciones, registro de actividades en plataforma SIM, bitácora marzo 2019 y registro fotográfico. **Ubicación:** Carpeta Usaquén Paola Márquez, drive zona 1
Obligación No 2: Realizar registro estadístico de las comunidades, colectivos, organizaciones, familias y personas atendidas, desde el Programa de Recreación Incluyente, actualizando y entregando cada seis (6) meses las bases de datos comunitarias, institucionales y domiciliarias al Gestor ARBC.	**Avance:** Se realizó revisión de la base de datos de la localidad de Usaquén, se actualizaron los datos de las poblaciones atendidas. **Evidencia**: Base de datos localidad Usaquén actualizada 2019 **Ubicación:** Carpeta Usaquén Paola Márquez, drivers zona 1
Obligación No. 3: Utilizar y responder por el buen uso del material recreativo, de consumo y elementos, así mismo portar adecuadamente las prendas institucionales suministradas y carné dentro de cada una de las actividades ejecutadas como parte de su identificación.	**Avance:** Durante las actividades ejecutadas durante el mes de marzo se utilizan los elementos adecuadamente y se portan las prendas institucionales para identificación. **Evidencia:** Fotos **Ubicación:** carpeta Usaquén Paola Márquez, driver zona 1
Obligación No. 4: Elaborar informe técnico de los avances obtenidos en el territorio asignado, acorde al diligenciamiento bimestral de la Hoja de Vida y Seguimiento a la Atención Comunitaria y Familiar, presentando propuestas para la cualificación permanente de la atención recreativa a la población con discapacidad, sus familias y	**Avance:** Se realizó visitas de diagnóstico para la categorización y creación de hojas de vida de las instituciones y grupos de la localidad de Usaquén. **Evidencia:** actas de visita diagnóstico, hojas de vida instituciones.

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.

cuidadores al Gestor ARBC y a la supervisión, según cronograma definido.	**Ubicación:** carpeta Usaquén Paola Márquez, drive zona 1
Obligación No. 5: Asistir a las reuniones de trabajo de carácter distrital, zonal y local, programadas por el Área de Recreación, por la Coordinación del Programa y las requeridas en los territorios asignados, reportando la asistencia y participación en estos espacios en los términos y formatos definidos por la supervisión.	**Avance:** En el mes de marzo se asistió a las reuniones locales de Usaquén los días 5 y 19 de marzo realizadas en el CRL de Usaquén, en las reuniones se informó acerca del funcionamiento del programa y se revisa en qué actividades puede participar la PCD dentro de la localidad. **Evidencia:** Registro fotográfico, acta de reunión ubicada en CRL Usaquén. **Ubicación:** Carpeta Usaquén Paola Márquez, drivers zona 1
Obligación No. 6: Asistir a las jornadas de fortalecimiento técnico, capacitación y formación, planeadas y ejecutadas por el Programa de Recreación Incluyente según cronograma definido previamente.	**Avance:** Se asistió a las jornadas de inducción y capacitación los días 4 de marzo en la jornada de la mañana en el CEAD y en la tarde en el IDRD y el día 11 de marzo en las instalaciones del IDRD, también se asistió a la jornada de fortalecimiento el día 18 de marzo realizada en el parque el lago. **Evidencia**: registro fotográfico, firma de asistencia en poder de los gestores ARBC. **Ubicación**: carpeta Usaquén Paola Márquez, drive zona 1.
Obligación No. 7: Contar con un sistema de comunicación activo de telefonía móvil durante la ejecución del contrato, del cual debe informar y mantener actualizado el número con la Supervisión del contrato y que permita la comunicación en doble vía (entrada y salida de llamadas), que cuente con un sistema o plan de datos que permita el uso de aplicaciones de mensajería y el correo electrónico para ser contactado de manera oportuna. La desactualización, pérdida o daño del equipo no exime al contratista de la responsabilidad de estar al tanto de la información generada en la ejecución del contrato.	**Avance:** Se cuenta con plan de datos y número telefónico, para envío de mensajería y correo electrónico, el cual se paga mensualmente. **Evidencia:** Soporte de pago de plan de datos de Movistar correspondiente a marzo **Ubicación:** Carpeta Usaquén/ Paola Márquez/ drivers zona 1
Obligación No. 8: Participar en eventos locales, distritales, nacionales e	No aplica este mes

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.

internacionales que les sean programados por la supervisión del contrato, para la presentación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos. Parágrafo: para la participación en los eventos nacionales o internacionales deben ser autorizados por la Dirección General o la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD.	
Obligación No. 9: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o el curso de primeros auxilios o el curso de soporte vital básico o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial, so pena de no poder ejecutar ninguna de ninguna de las actividades del contrato.	**Avance:** El día de 25 de marzo se hizo entrega del certificado de primer respondiente realizado el 28 de diciembre del año 2018 a la Gestora Nidia Zamora. **Evidencia:** certificado primer respondiente **Ubicación:** Carpeta expediente virtual
Obligación No. 10: Solicitar de manera formal (correo electrónico u oficio) al supervisor del contrato, indicando la fecha de inicio y terminación, con mínimo ocho (8) días de antelación, la suspensión y ampliación de suspensión del contrato de acuerdo con las causales establecidas por la normatividad vigente y los lineamientos de la entidad. En caso de que la causal de suspensión no permita la antelación establecida, el contratista deberá solicitar dicha suspensión de forma inmediata mediante correo electrónico a la Supervisión del contrato. Así mismo deberá realizar oportunamente la transacción de suspensión, ampliación de suspensión y reinicio en la plataforma SECOP II y verificar su publicación.	No aplica
Obligación No. 11: En caso de presentarse una terminación anticipada realizar oportunamente la transacción y verificar su publicación en la plataforma transaccional SECOP II.	No aplica

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: Registrar en el informe mensual de actividades la gestión adelantada referente a los documentos asignados en el Sistema de Gestión documental ORFEO.	No aplica
Obligación No. 13: Elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de gestión de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, en las fechas establecidas en el mismo.	**Avance:** Se hace entrega del primer informe del mes de ejecución del contrato al gestor Ervin González, para aprobación de la supervisión. **Evidencia:** No aplica **Ubicación:** En poder del gestor Ervin González
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	COMPENSAR	$ 111.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 142.800
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	$ 21.800
	TOTAL	**$ 276.100**

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:

Cumple con lo pactado en esta vigencia.

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: MARIA DEL AMPARO WISWELL AREVALO
N° de Identificación: cc 42076874
Cargo: Profesional especializado 06 – Área de Recreación

SOPORTE A LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN LOCAL

MES: MARZO 2019 CPS IDRD-CTO-1237-2019

CONCEPTO GESTOR ARBC O GIMNASIOS: (según sea el caso)

- ASISTE PUNTUALMENTE A REUNIONES Y FORTALECIMIENTOS
- CUMPLE CON LA PROGRAMACION DEL MES DE MARZO
- ENVIA LA INFORMACION SOLICITADA EN LOS TIEMPOS.
-

NOMBRE COMPLETO: ERVIN GÓNZALEZ SANCHEZ

DOC IDENTIFICACIÓN: 91.015.957

NOTA DE DILIGENCIAMIENTO:

Se deben registrar las observaciones realizadas al cumplimiento de las obligaciones contractuales, en lo pertinente a las relacionadas con las acciones de articulación y ejecución del PLIR, actitud y cumplimiento de metas.

BITÁCORA DE ACTIVIDADES MES MARZO 2019

AGENTE RECREATIVO INCLUYENTE: INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
FECHA						1	2
MAÑANA						Visita caracterización remy ips	Creación de material para las actividades
TARDE						**2 PM ID 122941** Recreolympiadas CEFAM	
FECHA	3	4	5	6	7	8	9
MAÑANA		CAPACITACIÓN RECREACIÓN INCLUYENTE	9 AM REUNIÓN LOCAL 10 AM CARACTERIZACIÓN SANTA MARIA DE LA PROVIDENCIA	visita caracterización IPN Visita caracterización FUNDACIÓN VIDA YA LEGRÍA	**10 AMID 175105** Activación sin límites ACPHES CALLE 186 GR 1	**9:30 AM ID 175118** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES REMY GRUPO 2	REGISTRO DE ACTIVIDADES SIM
TARDE			Visita caracterización acphes	Gesión telefónica para espacios Visita articulación zona sensible IED DON BOSCO III	Visita caracterización fundación jeymar Visita caracterización fundación TOBÉ	PLANIFICACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE ACTIIVDADES	
FECHA	10	11	12	13	14	15	16
MAÑANA	REGISTRO DE ACTIVIDADES SIM	CAPACITACIÓN RECREACIÓN INCLUYENTE	**8AM ID 175462** ZONA SENSIBLE IED DON BOSCO III 11 AM VISITA CARACTERIZACIÓN GRUPO LÍDERES VERBENAL	**9:30 ID 123427 Activación sin límites REMY IPS GRUPO 1**	9AM **ID 175633** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES PROYECTO 1113	**9: 30 ID 175657** Activación sin límites CER STA MRA DE LA ROVIDENCIA	10 AM PLAN OPERATIVO GYM **ID 175661** APCHES CALLE 186
TARDE			**2PM** CARACTERIZACIÓN HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS	**2PM ID 175249** Activación sin límites ACPHES CALLE 186 GRUPO 2	**12 PM ID 175476** ECOAVENTURA CER STA MRA DE LA PROVIDENCIA	PLANIFICACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE ACTIIVDADES ABRIL	
FECHA	17	18	19	20	21	22	23
MAÑANA		FORTALECIMIENTO TECNICO	**7AM PLAN OPERATIVO** LÍDERES VERBENAL **9AM ID 175665** ZONA SENSIBLE IED DON BOSCO III **11 REUNIIÓN LOCAL**	**9 AM ID 175669** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES FUNDACIÓN VIDA Y ALEGRÍA **10:30 ID 175673** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES CENTRO CRECER	**10 AM ID 175675** RECREOLYMPIADA ACPHES CALLE 186	**10:30 AM ID 175686** Activación sin límites REMY GRUPO 2	REGISTRO DE ACTIVIDADES SIM
TARDE		REVISIÓN DE MATERIAL Y GESTIÓN DOCUMENTAL	PLANIFICACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE ACTIIVDADES ABRIL	**2PM ID 175780** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS	**2PM ID 175682** ACTIVACIÓN SIN LÍMITRES **ACPHES SEDE 150**	**1:30 ID 176809** ZONA SENSIBLE FUNDACIÓN JEYMAR	
FECHA	24	25	26	27	28	29	30
MAÑANA		**FESTIVO**	**9 AM ID 175691** RECREOLYMPIADA IPN **10:30 ID 175708** RECREOLYMPIADA IPN	**9am ID 178070** ECOAVENTURA FUDNACIÓN VIDA Y ALEGRÍA **10:30 ID 175714** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES CENTRO CRECER	**10 AM ID 175729** RECREOLYMPIADA ACPHES CALLE 186	**10 AM ID 175686 ECOAVENTURA** REMY IPS	
TARDE			REVISIÓN DE MATERIAL Y GESTIÓN DOCUMENTAL	**2PM ID 175784** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS	2 PM **ID 175735** ACTIVACIÓN SIN LÍMITES PROYECTO 1113	**2PM ID 175682 ECOAVENTURA ACPHES SEDE 150**	**2PM ID 175768** ECOAVENTURA ACPHES CALLE 186
FECHA	31						
MAÑANA							
TARDE							

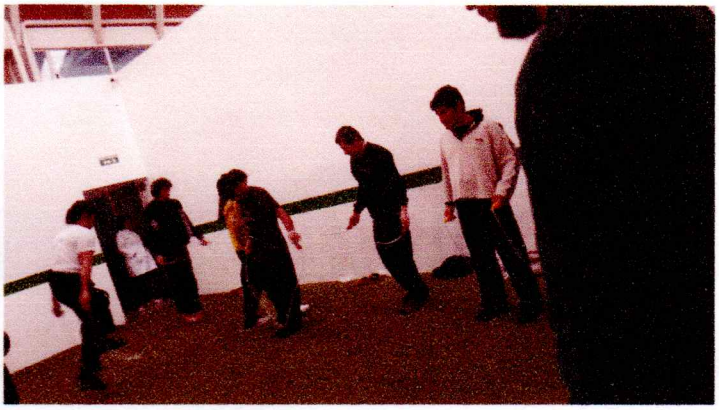
INSTITUCIONES PRIORIZADAS	
ACTIVACIÓN SIN LIMITES	11
RECREACIÓN FAMILIAR	0
ECO AVENTURA	5
ZONAS SENSIBLES	2
RECREOLYMPIADAS	6
PLAN OPERATIVO	2
PROYECTADAS	26

REGISTRO FOTOGRÁFICO 25 DE FEBRERO 2019 A 25 DE MARZO 2019

ACTIVACIÓN SIN LÍMITES



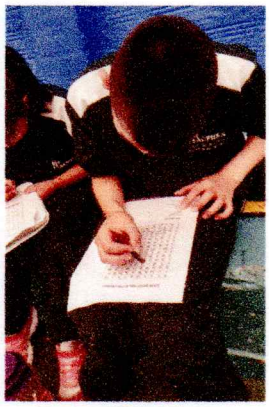
Divina providencia 15/03



Remy ips 8/03



Vida y alegría 20/03



Acphes sede 186 7/03

RECREOLYMPIADAS



Acphes sede 186 13/03



Hogar san francisco 20/03

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.	IDRD-CTO-1237-2019											
2	Nombre del Contratista	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA											
3	Identificación	CC	X	CE				1.073.671.698					
4	Régimen del impuesto a las ventas							Simplificado	X		Común		
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO	X
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 2018, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2018), equivalentes a $46.418.000									SI		NO	X
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	111.500,00						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	142.800,00				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	21.800,00						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 $	0,00						Ahorro Voluntario Pensión $	0,00				
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 (2018). 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 (2018). 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		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 (2019) $8.910.200 (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 (2019) $8.910.200. (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 3 AA 2019

FIRMA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073671698	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA		CALLE 89 # 94 P 26 INT 108	7292789	ipms11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	I	08/02/2019	32954546	$263.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	111.500	0		0		0	0	0	0	111.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	142.800	0	0	0	0	0	0		142.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	111.500	111.500
Pensión	1	142.800	142.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	263.700	263.700

IMPRESA
32954546
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073671698	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA	CALLE 89 # 94 P 26 INT 108	7292789	ipms11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02	I	08/02/2019	32954546	$263.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
to.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073671698	MARQUEZ SIERRA INGRY PAOLA	59	0			N																	230301	892.000	142.800	0	0	0	0	EPS008	892.000	111.500	14-23	892.000	2	9.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073671698	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA	CALLE 89 # 94 P 26 INT 108	7292789	ipms11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
32954546	08/02/2019		2019/03/11		EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-02	2019-02	N	11/03/2019	33372159	TOTAL A PAGAR	
					$12.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.400				12.400	0	0	12.400			124	12.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	12.400	12.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	12.400	12.400

PAGADA 33372159

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073671698	INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA	CALLE 89 # 94 P 26 INT 108	7292789	ipms11@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
32954546	08/02/2019	N	11/03/2019	33372159	EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-02	2019-02				$12.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073671698	MARQUEZ SIERRA INGRY PAOLA	59	0			N																	230301	892.000	142.800	0	0	0	0	EPS008	892.000	111.500	14-23	892.000	3	21.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que INGRY PAOLA MARQUEZ SIERRA, con Cédula de Ciudadanía No. 1.073.671.698, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 22/02/2019 y fecha fin de contrato 19/01/2020 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Febrero de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

Certifica que:

INGRY PAOLA MÁRQUEZ SIERRA

1073671698

Aprobó el Curso

PRIMER RESPONDIENTE PARA COMUNIDAD

Con una intensidad horaria de (10) horas

Este documento tiene una validez dos (2) años

Fecha del curso: 2018-12-28

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página fappd.saludcapital.gov.co/crue, mediante el código: 1073671698-2018-12-28-PRC

Fecha de generación del certificado: 2019-03-03 20:34:43

Diana Constanza Rodriguez Posso
Directora (E) de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES
SGRED

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS