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

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN 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 Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

INFORME No.	10		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	25	11	2019

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1307-2019
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20198002011014 52E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	INGRID MILENA MARIÑO MERCHAN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.018.419.530	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 las poblaciones en condiciones diferenciales, en los escenarios de desarrollo de las mismas, acorde a las orientaciones definidas por el Plan de Acción y Plan Operativo Institucional.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOCE (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	22/02/2019	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	21/01/2020	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 26 DE OCTUBRE AL 25 DE NOVIEMBRE DE 2019	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN 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 Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales o Internacionales deben ser autorizados por la Dirección General o por 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 curso de primeros auxilios o cursos de soporte vital básico o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial, so pena de no poder ejecutar ninguna de las actividades del contrato.	**Avance:** Se entrega el certificado del curso de primer respondiente a la gestora zonal Nidia Zamora en los tiempos establecidos. **Evidencia:** Fue entregado a la gestora Nidia Zamora **Ubicación:** Supervisión del contrato
Obligación No. 10: Solicitar de manera formal (correo electrónico u oficio) al supervisor del contrato, indicando la fecha de inicio y terminación, con mínimo de 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 lineamentos de la entidad. En caso de que la causal de suspensión no permita la antelación establecida, el contratista deberá solicitarla dicha suspensión de forma inmediata mediante correo electrónico al Supervisor 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.	**Avance:** No se solicita suspensión de contrato a la supervisión del mismo. **Evidencia:** No Aplica **Ubicación:** 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.	**Avance:** No Aplica **Evidencia:** No Aplica **Ubicación:** No aplica
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	**Avance:** No Aplica **Evidencia:** No Aplica **Ubicación:** No aplica
Obligación No. 13: Elaborar y cargara mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución 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 entrega el informe contractual #10 al gestor zonal Ervin González para su posterior aprobación por la supervisión del contrato. **Evidencia:** Se realiza la carga en la plataforma SECOP II del informe contractual #9 correspondiente al mes de Octubre del IDRD-CTO-1307 de 2019. **Ubicación:** Plataforma SECOP II.
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.	

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN 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 Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	$ 115.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 147.900
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	$ 22.600
	TOTAL	$ 286.000

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 obligaciones pactadas.

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

SOPORTE A LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN LOCAL

MES: NOVIEMBRE CPS: 1307 DE 2019

CONCEPTO GESTOR ARBC:

- ENVIA PUNTUALMENTE LA PROGRAMACION MENSUAL
- RESPONDE OPORTUNAMENTE LA INFORMACION SOLICITADA
- APOYA EN LAS REUNIONES LOCALES Y ZONALES

NOMBRE COMPLETO: ERVIN GONZALEZ SANCHEZ

DOC IDENTIFICACIÓN: 91015957

BITÁCORA DE ACTIVIDADES MES NOVIEMBRE 2019

AGENTE RECREATIVO INCLUYENTE: INGRID MILENA MARIÑO MERCHAN

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
FECHA						1	2
MAÑANA						ACTIVACION SIN LIMITES CLINICA PSIQUIATRICA RETORNAR HORA: 10:00 ID: 215142	ECOAVENTURA FUNDACIÓN CETI HORA:11:00 ID: 215152
TARDE						ACTIVACION SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO HORA: 13:00 ID: 215144	DILIGENCIAMIENTO BASE DE DATOS
FECHA	3	4	5	6	7	8	9
MAÑANA	INNOVACION ACTIVIDADES RECREATIVAS	REVISIÓN DRIVE	ACTIVACION SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO TALLER TELAS HORA: 9:30 ID:215146 RECREOLYMPIADAS I.E.D JUAN BERBEO TALLER PANADERIA HORA: 11:00 ID:215153	ACTIVACIÓN SIN LIMITES EDAD Y VIDA SALUDABLE HORA: 9:00 ID: 215157 ACTIVACIÓN SIN LÍMITES LUDUS HORA: 11:0 ID 215158	ACTIVACIÓN SIN LIMITES PROPACE HORA:9:00 ID: 215214 ACTIVACIÓN SIN LIMITES FUNDACIÓN DEJANDO HUELLA HORA: 11:00 ID: 215216	CELEBRACIÓN DISTRITAL	REVISIÓN DOCUMENTOS DE ACTUALIZACIÓN ROL LABORAL
TARDE	INNOVACIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DE ACTIVIDADES	CONFIRMACION ACTIVIDADES	REGISTRO DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES E IMPLEMENTACIÓN ACTIVIDADES SIGUIENTES	REGISTRO DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES E IMPLEMENTACIÓN ACTIVIDADES SIGUIENTES	REGISTRO EJECUCIÓN	CELEBRACIÓN DISTRITAL	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FORTALECIMIENTO ESPIRITUAL
FECHA	10	11	12	13	14	15	16
MAÑANA	REVISIÓN PLATAFORMA SIM	REVISIÓN PLATAFORMA SIM	ACTIVACION SIN LIMITES S&R FOUNDATION HORA: 9:00 ID:215218 RECREOLYMPIADA I.E.D JUAN BERBEO HORA:11:00 ID: 215233	ACTIVACIÓN SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO TALLER TELAS HORA: 9:30 ID 215241 ACTIVACIÓN SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO TALLER PANADERIA HORA: 11:00 ID 215247	ACTIVACIÓN SIN LIMITES EDAD Y VIDA SALUDABLE HORA: 9:00 ID: 215250 ACTIVACIÓN SIN LIMITES LUDUS HORA: 11:00 ID:2152453	ACTIVACIÓN SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO ESCOLARES HORA: 11:00 ID:215257	RECREOLYMPIADA CETI HORA: 11:00 ID:215263
TARDE	REVISIÓN DRIVE	CONFIRMACION ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES E IMPLEMENTACIÓN ACTIVIDADES SIGUIENTES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	ACTIVACIÓN SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO HORA: 13:00 ID:215269	REGISTRO EJECUCIÓN
FECHA	17	18	19	20	21	22	23
MAÑANA	REVISIÓN HOJAS DE VIDA Y BASE DE DATOS	REUNION ZONAL IDRD	ACTIVACIÓN SIN LIMITES I.E.D JUAN BERBEO ESCOLARES HORA: 9:30 ID:215271 ECOAVENTURA I.E.D JUAN BERBEO HORA: 11:0 ID: 215276	ECOAVENTURA CLINICA PSIQUIATRICA RETORNAR HORA: 9:00 ID: 215280	ECOAVENTURA FUNDACION EDAD Y VIDA SALUDABLE HORA:9:00 ID:215284	REVISIÓN DEL REEGISTRO DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES DEL MES	REVISION DRIVE
TARDE	REGISTRO ACTIVIDADES MES DICIEMBRE	CONFIRMACION ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REVISIÓN ACTIVIDADES MES DE OCTUBRE	REVISION PLATAFORMA SIM
FECHA	24	25	26	27	28	29	30
MAÑANA	REVISIÓN INFORME CONTRACTUAL	FORTALECIMIENTO TECNICO PALACIO DE LOS DEPORTES Y REUNIÓN ZONAL	RECREOLYMPIADA S&R FOUNDATION HORA:9:00 A.M ID: 215289 RECREOLYMPIADA CLINICA RETORNAR HORA:11:00 A.M ID: 215294	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	ECOAVENTURA CLINICA RETORNAR HORA:9:00 ID:220778	ECOAVENTURAFUNDACION EDAD Y VIDA HORA:9:00 ID:220779	REVISIÓN META
TARDE	LECTURA DISCAPACIDAD	CONFIRMACION ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	RECREOLYMPIADA FUNDACION DEJANDO HUELLA HORA: 13:00 ID: 215298 RECREOLYMPIADA PROPACE HORA: 15:00 ID: 215301	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REGISTRO EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	REVISIÓN ACTIVIDADES DICIEMBRE

INSTITUCIONES PRIORIZADAS											
	LUDUS GRUPO 3	CETI	PROPACE	IED JUAN BERBEO ESCOLARES 3	DEJANDO HUELLA	VIDA Y SALUD	IDEAL FUNDACIÓN	CIREC	RETORNAR	TOTAL ACTIVIDADES	TOTAL POBLACION ATENDIDA
ACTIVACIÓN SIN LIMITES	1	1	1	1	1	1	1	1			
ECO AVENTURA		1		1	1	1			1		
RECREOLYMPIADAS	1			1			1	1	1		
										28	125



ACTIVACIÓN SIN LIMITES HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA RETORNAR



REUNIÓN EQUIPO LOCAL BARRIOS UNIDOS-TEUSAQUILLO



REUNIÓN ZONA 1



ACTIVACIÓN SIN LÍMITES PROPACE



RECREOLYMPIADA HOSPITAL DIA

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-1307-2019										
2	Nombre del Contratista	INGRID MILENA MARIÑO MERCHAN										
3	Identificación	CC	X	CE				1.018.419.530				
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 $ 115.500,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 147.840,00 Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 22.600,00 — 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 (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 vinculo 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 (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 11 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	1018446530	INGRID MILENA MARIÑO MERCHAN		KR65BIS#57T-29SUR EDIFICIO13 APTO 104	3143734484	ingridmilenamm@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-10	I	05/11/2019	30282949	$115.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	115.500	0		0		0	0	0	0	115.500	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	800224808-5	147.900	0	0	0	0	0	0		147.900	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	22.600				22.600	0	0	22.600			228	22.600	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	115.500	115.500
Pensión	1	147.900	147.900
Riesgos Laborales	1	22.600	22.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	286.000	286.000

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