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.	1		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	31	03	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD – CTO - 0369 - 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2020800201200015E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	TATIANA PINILLA BELTRAN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.032.507.408	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA GUÍAR Y ORIENTAR LAS SESIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA, PROMOVIENDO EL FORTALECIMIENTO Y ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES POR PARTE DE LOS CIUDADANOS, EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS ESTABLECIDOS POR LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA RECREOVÍA.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DIEZ (10) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 23.100.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	24 DE MARZO DE 2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	23 DE ENERO DE 2021	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 24 DE MARZO DE 2020 AL 31 DE MARZO DE 2020	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.

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.).

Obligaciones específicas	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Participar en la implementación de los planes de acción, así como de las diferentes estrategias que promuevan el fortalecimiento del programa Recreovia en el territorio asignado, de acuerdo a las indicaciones de la coordinación del programa Recreovia.	**Avance:** se realiza call center acerca de encuestas salud física de los usuarios de la localidad ciudad bolívar, se realiza propuestas de súper clases en el medio acuático **Evidencia:** **1.**Documento Word Call center. **2.**Documento PDF Superclases Medio Acuático **Ubicación:** Portafolio Drive Coordinación Recreovía
Obligación No. 2. Atender y dirigir las sesiones de actividad física musicalizada de acuerdo con las orientaciones y recomendaciones técnicas y metodológicas del proceso dado en la Escuela de Profesores de Actividad Física, en los tiempos y lugares indicados por la coordinación del programa.	**Avance:** Durante este periodo se realizó divulgación de las clases facebook live. **Evidencia**: **1**. Documento Word Pantallazos. **Ubicación:** Portafolio de Evidencias Drive coordinación Programa Recreovia.
Obligación No. 3. Diligenciar y mantener actualizada la información en el Sistema de Información Misional SIM de acuerdo con los parámetros dados por el Supervisor del Contrato.	**Avance:** Debido a la contingencia no se ha realizado programación en la plataforma misional SIM desde la coordinación para dirigir sesiones en medios virtuales. **Evidencias:** No aplica. **Ubicación:** No aplica.
Obligación No. 4. Cumplir con las acciones, observaciones y recomendaciones descritas en el Manual de Seguimiento del Programa de Recreovía el cual le será entregado por parte del supervidor con la firma del acta de inicio.	**Avance:** Se dio cumplimiento con las indicaciones del manual de seguimiento. **Evidencias:** Seguimiento contractual mensual **Ubicación:** Oficina coordinación Recreovía
Obligación No. 5. Asistir y participar en cada una de las reuniones, comités, actividades, ensayos y eventos convocadas por el IDRD, para el seguimiento operativo, programación, talleres de inducción, capacitación, jornadas de cualificación, pruebas físicas, técnicas y teóricas, y demás	**Avance:** Durante este periodo se realizó reuniones virtuales, Programación, tareas y compromisos vía Hangoustmeet: **Fecha:** 24/03/2020 – Reunión virtual territorial – programación, tareas, compromisos. **Fecha:** 26/03/2020- Reunión virtual territorial- temas: Contextualización trabajos asignados.

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.

que sean necesarias para el óptimo desarrollo del programa.	**Fecha:** 28/03/2020-reunión virtual territorial-temas: trabajo en casa. **Evidencia:** **1.** Grabaciones reuniones virtuales. **Ubicación:** Portafolio de Evidencias drive coordinación programa Recreovia.
Obligación No. 6. Entregar previo a la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación de primer respondiente o curso de primeros auxilios, o curso 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 hace entrega del documento del curso de primer respondiente expedido por la institución oficial y al momento se encuentra vigente. **Evidencia**: Documento Primer Respondiente. **Ubicación:** Portafolio de Evidencias drive coordinación programa Recreovia.
Obligación No. 7. Garantizar la comunicación oportuna y suficiente con la supervisión del contrato durante las actividades que se desarrollen en el programa.	**Avance**: Se cuenta con un celular Android, con plan de datos y llamadas con el operador Movistar con número 3188036703 **Evidencia:** No aplica **Ubicación:** No aplica
Obligación No. 8. Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales de representación institucional, que le sean asignados por el Supervisor del Contrato, para la representación 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: 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.	**Avance:** A la espera de indicaciones, se cuenta con la disponibilidad para estas actividades. **Evidencia:** No aplica **Ubicación:** No aplica
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.	

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	Famisanar	122.600
PAGO APORTES PENSIÓN	Porvenir	156.900
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	Positiva	23.900
	TOTAL	303.400

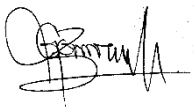
4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).



Firma Contratista

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

La contratista cumple con el objeto contractual satisfactoriamente.



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: CAROLINA GÓMEZ ÁLVAREZ
N° de Identificación: 52.812.939
Cargo: Técnico 314-10E

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.							**0369-2020**					
2	Nombre del Contratista	**Tatiana Pinilla Beltran**											
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1.032.507.408**					
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	**REGIMEN SIMPLE**	
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 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									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 $	**122.600**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**156.900**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23.900**						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 $	**NA**						Ahorro Voluntario Pensión $		**NA**			
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 (2019). 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 (2019). 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		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 anuales (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. anuales (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:											%	**N.A**

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 **30** MM **3** AA **2020**

Tatiana Pinilla Beltran.

FIRMA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-02-28, 09:25:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1027837899

Periodo Cotización: febrero de 2020 **Periodo Servicio:** febrero de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8815621790

PAGADO 28/02/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TATIANA PINILLA BELTRAN		
Documento	CC1032507408	**Dirección**	CALLE 56 SUR # 80B-17
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3188036703
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032507408	TATIANA PINILLA BELTRAN	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 980.400	$ 156.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 980.400	$ 122.600	2,436	$ 980.400	$ 23.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 980.400	$ 980.400	$ 980.400	$ 0	$ 156.900	$ 122.600	$ 23.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.400	$ 0	$ 303.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.