INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	12		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	08	04	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2347-2023-10/05/2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2023800701602591E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1098628733	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	(234 días)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$20.443.800 M/Cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	11/05/2023	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	28/02/2024 al 08/04/2024 (41 Días) (2.883.100)-Dos millones ochocientos ochenta y tres mil cien	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	07/10/2023 al 16/10/2023 (10 DIAS) 09/12/2023 al 21/01/2024 (43DIAS) 23/03/2024 al 31/03/2024 (08 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	08/04/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 01 AL 08 DE ABRIL 2024	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1:

Planear cada una de las sesiones de clase transversal izando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido) , adicionalmente según los</td><td>ACTIVIDADES:

Durante este periodo contractual, se realizan actividades referentes al centro de interés Basquetbol que ofrece el proyecto JEC a los escolares de la Institución Educativa IED la Arabia en las sedes A y B. además se han creado grupos en el SIM con sus respectivas sesiones de clase para el mes de ejecución.
<table>
<tr><th colspan="2">ACTIVIDADES</th></tr>
<tr><td>GRUPO</td><td>HORARIO</td></tr>
<tr><td>1</td><td>Martes y Jueves de 8:00- 10:00 AM</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Martes y Jueves de 12:00- 14:00 PM</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Miercoles y Viernes de 8:00- 10:00 AM</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Miercoles y Viernes12:00- 14:00 PM</td></tr>
</table>
EVIDENCIA:. Formato de sesión de clase

UBICACIÓN: Evidencia digital Secop ll, CTO 2347. Obligación 1 mes de ABRIL2024</td></tr>
</table>

requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	
Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**ACTIVIDADES:** Para el periodo del mes de ABRIL del 2024, se esta llevando a cabo la recolección de datos y documentos necesarios para la inscripción de los escolares de la IED la Arabia en las sedes A y B a los diferentes centros de interés ofertados por el IDRD a través del proyecto JEC. **Evidencias:** En el momento que se realicen los seguimientos se colocara la evidencia. **Ubicación**: En el momento que se realicen los seguimientos se colocara la evidencia.
Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos	**ACTIVIDADES:** Para el periodo del mes de ABRIL no se reportan estudiantes con condiciones susceptibles a semilleros, esto debido a que la IED, se encuentra organizando el comienzo del año académico 2024 y no hay escolares asignados al centro de interés Basquetbol. **EVIDENCIA:** En el momento en que aplique se llevara a cabo esta obligación **UBICACIÓN:** En el momento en que aplique se llevara a cabo esta

<table>
<tr><td>deportivos y remitirlos al formador profesional encargado</td><td>obligación</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</td><td>ACTIVIDADES:

<table><tr><th colspan="2">Reuniones IED la Arabia</th></tr><tr><td>FECHA</td><td>ACTIVIDAD</td></tr><tr><td>02/04/2024</td><td>Reunion Operativa</td></tr></table>
EVIDENCIA: Actas y registro fotografico

UBICACIÓN: Evidencias digital secop II, CTO 2347 carpeta Obligacion N° 4 ABRIL2024</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5:
El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar</td><td>ACTIVIDADES: Se da cumplimiento a la presente obligación, promoviendo la utilización de métodos alternativos de solución de conflictos, en procura de evitar posibles problemas de interés que se puedan presentar en el IDRD.</td></tr>
</table>

cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, "por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato	**EVIDENCIA:** Se adoptarán las medidas necesarias en favor de evitar posibles conflictos de interés que tengan lugar en el IDRD. **UBICACIÓN**: Se adoptarán las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de interés de acuerdo a la resolución 424 de 2021.
Obligación No. 6: Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, "puede ser redes sociales" los eventos que realice la entidad	**ACTIVIDADES:** Se da cumplimiento a esta obligación para el periodo del mes de ABRIL2024, teniendo en cuenta los temas operativos, pedagógicos y sociales se ha garantizado los recursos digitales, tecnologías y/o informáticas necesarias para garantizar la ejecución del contrato y la comunicación efectiva con las áreas operativas, pedagógicas como sociales, con el objetivo de garantizar el desarrollo y ejecución de las sesiones de clase y los encuentros de espacios deportivos del centro de interés en la IED según necesidades solicitadas por el proyecto (JEC) **Evidencia:** Informe de actividades obligaciones 1, 2, 3, 4, 5,6. **Ubicación: :** Evidencia digital Secop ll, CTO 2347. Obligación 6 mes de ABRIL2024
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 CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SALUD TOTAL	$ 162.500,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	$ 208.000,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 31.700,00
	TOTAL	$ 428.200,00

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

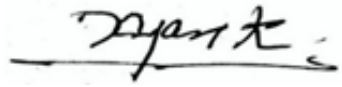
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista
CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA
C.C 1098628733

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

Durante el periodo actual el formador cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales.



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre:Juan Carlos Gutierrez Sanchez
N.º de identificación. 19.475.373
Profecional Especializado Grado 07



Vo. Bo. Heriberto Niño García.
C.C. 19.483.890
Cargo: Gestor IED.

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 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

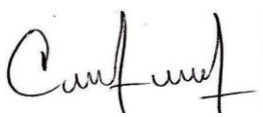
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1098628733**	**N° contrato**		**CTO-2347-2023**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a $59,376,800							SI		NO	**X**
7	**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.**										
	Número de planilla	**75565922**			Fecha de pago		26/03/2024	Valor pagado	$ 428.200,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 162.500,00**					Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 208.000,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**31.700,00**					Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**										
	AFC $						Ahorro Voluntario Pensión $				
9	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 (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo							SI		NO	**X**
10	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 (2023). Anexo							SI		NO	**X**
11	**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.**										
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))									**#**	**1**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI	**X**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno 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 de cada uno 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 (2023) $11.027.120 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 (2023) $11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	**X**
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será 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 **8** MM **4** AA **2024**



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	1098628733-0	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA	CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ	3158438114	cesartorrado23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-03	2024-03	I	26/03/2024	75565922	$428.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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
CC	1098628733-0	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA		CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ	3158438114	cesartorrado23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2024-03	2024-03	I	26/03/2024	75565922	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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	1098628733	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	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	1098628733-0	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA	CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ	3158438114	cesartorrado23@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-04	2024-04	I	17/04/2024	76385012	$428.200	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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
CC	1098628733-0	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA		CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ	3158438114	cesartorrado23@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2024-04	2024-04	I	17/04/2024	76385012	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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	1098628733	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO	59	0			N	C																230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1098628733
NOMBRES	CESAR AUGUSTO
APELLIDOS	TORRADO PINEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/10/2017	31/12/2999	COTIZANTE

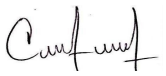
Fecha de Impresión:	04/17/2024 12:44:55	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA	COORDINADOR	JORGE HERNANDO TUNJO GORDILLO
FECHA REVISIÓN	2024-03-15 15:09:17	Mes	Marzo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LA ARABIA (IED)	LA ARABIA,	1	**Martes,08:00:00,10:00:00** 5-12-19 **Jueves,08:00:00,10:00:00** 7-14-21	5-7-12	14	26	12
	LA ARABIA,	2	**Martes,12:00:00,14:00:00** 5-12-19 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 7-14-21	5-7-12	14		
	LA ARABIA,	3	**Viernes,12:00:00,14:00:00** 1 **Miercoles,08:00:00,10:00:00** 6-13-20 **Viernes,08:00:00,10:00:00** 8-15-22	1-6-8	13		
	LA ARABIA,	4	**Viernes,12:00:00,14:00:00** 1-8-15-22 **Miercoles,12:00:00,14:00:00** 6-13-20	1-6-8	13		



Formador: Cesar Torrado P
Deporte: Basquetbol

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA	COORDINADOR	HERIBERTO NI?O GARCIA
FECHA REVISIÓN	2024-04-08 14:23:35	Mes	Abril

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LA ARABIA (IED)	LA ARABIA,	1	**Jueves,08:00:00,10:00:00** 4	4		6	6
	LA ARABIA,	2	**Jueves,12:00:00,14:00:00** 4	4			
	LA ARABIA,	3	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 3 **Viernes,08:00:00,10:00:00** 5	3-5			
	LA ARABIA,	4	**Miercoles,12:00:00,14:00:00** 3 **Viernes,12:00:00,14:00:00** 5	3-5			

formador:
Cesar Torrado
baloncesto



1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

identificación de pago	numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ARL -CTO -2347-2023.pdf	1. ARL -CTO -2347-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP-CTO -2347-2023.pdf	2. CRP-CTO -2347-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022.rar (Archivado)	EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022 -.rar (Archivado)	EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022 -.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2339-2022.rar (Archivado)	EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2339-2022.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023 -.rar	EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023 -.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar (Archivado)	EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023-.rar	EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023-.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO INFORME 3 MES JULIO (1).pdf	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO INFORME 3 MES JULIO (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2347-2023 TORRADO PINEDA CESAR	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2347-2023 TORRADO PINEDA CESAR	Comprador	Descargar	Detalle

	AUGUSTO_signed.pdf	AUGUSTO_signed.pdf			
☐	EVIDENCIAS #2NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 DICIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 DICIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - NOVIEMBRE 2023.pdf	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - NOVIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - ENERO 2024.pdf	TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - ENERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #2 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #2 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 MARZO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 MARZO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS #1 ABRIL_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	EVIDENCIAS #1 ABRIL_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

Fecha de solicitud original: 2024-04-10 09:19:10

EL ALMACENISTA GENERAL DEL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD –

CERTIFICA

Que, una vez revisado en el módulo de Activos Fijos del Sistema de Información Administrativo y Financiero **SEVEN** del Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, el Almacenista General de la Entidad certifica que el(la) señor(a): **CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA**. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1098628733**, no tiene, ningún elemento o activo, bajo su cargo.

Se expide el presente certificado de cumplimiento de entrega de bienes por parte de contratistas a solicitud del peticionario con el fin de realizar los trámites administrativos correspondientes con motivo de la **TERMINACIÓN O CESIÓN DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. IDRD-CTO-2347-2023** y número de expediente: **2023800701602591E**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **4** días del mes de **julio** de **2024**.

NOTA: Lo anterior en cumplimiento con lo previsto en el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes en las Entidades de Gobierno Distritales, adoptado mediante la Resolución No. 001 del 30 de septiembre de 2019 expedida por la Secretaria de Hacienda de Bogotá.



GONZALO RODRÍGUEZ MORA
ALMACENISTA GENERAL 215-08

La autenticidad de este documento se puede validar a través del enlace inferior.
O escaneando el código QR desde un dispositivo móvil.

Código de verificación: ALM-INPwRlpeT

https://portalcontratista.idrd.gov.co//es/validar-documento?validate=ALM-INPwRlpeT