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.
07
FECHA DEL INFORME
30-11-2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1077-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52731916
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses
VALOR	$ 31.552.000
FECHA ACTA DE INICIO	14/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	13/01/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 3.944.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-11-01 - 2024-11-30
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL SISTEMA DISTRITAL DE PARQUES

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	**ACTIVIDADES, EVIDENCIAS Y UBICACIÓN**

Obligación 1: Realizar atención de primeros auxilios, dentro de los parques y escenarios del sistema distrital y de acuerdo con la necesidad, realizar activación de rutas de emergencia, garantizando la estabilidad de signos vitales del usuario dentro del parque o escenario	Durante el mes de Noviembre se realiza atenciones de primeros auxilios en el escenario, se realiza atenciones según parámetros.
Obligación 2: Realizar semanalmente campañas de prevención sobre el buen uso de los servicios de los parques y escenarios del sistema distrital, evitando posibles accidentes por mal uso.	Se realiza durante el mes de Noviembre campañas de promoción y prevención al personal de mantenimiento, auxiliares de vestir y salvavidas, sobre diferentes temas de bastante importancia, así mismo haciendo acompañamiento diario.
Obligación 3: Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas técnicas legales y Plan de Emergencias y Contingencias del parque o escenario.	Se realiza verificación de camillas, y reporte del escenario CASB, haciendo llegar esta información por medio de correo a Jefe y administración del respectivo escenario, así mismo durante el mes de Noviembre se realiza limpieza a las camillas del escenario.
Obligación 4: Apoyar y hacer seguimiento, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.	Se realiza diario acompañamiento a personal del escenario, teniendo en cuenta sus respectivos Elementos de protección personal, y el uso adecuado de ellos, también se realiza durante el mes de Noviembre campaña sobre la importancia del uso de los Elementos de protección personal, de igual manera se realiza reporte mensual de botiquines.
Obligación 5: Apoyar la coordinación de los eventos programados para el escenario, garantizando se cumplan los parámetros de salud requeridos para el mismo:(media, alta y baja complejidad).	Según cronograma dado por administrador del escenario, se realiza acompañamiento en eventos previamente programados, teniendo conocimiento de los parámetros a tener en cuenta de cada uno, durante el mes de Noviembre se acompaña en torneo Bogotano en piscina Olímpica Y Semiolimpica, los días 2,3.
Obligación 6: Informar al área de Administración de Escenarios y /o al supervisor del contrato la necesidad de intervenciones en temas relacionados con salud pública o individual, evitando posibles riesgos.	Durante es mes de Noviembre se cubre malla de turnos programados.
Obligación 7: Asistir a las capacitaciones y / o reuniones que le sean informadas y generar estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor.	Durante el mes de Noviembre se asiste a capacitaciones previamente informadas, de igual manera se realiza reunión con Jefe de enfermería, sobre entrega de insumos vencidos de los botiquines.
Obligación 8: Proyectar de manera oportuna y en términos de calidad y veracidad las respuestas a las solicitudes de información, peticiones, quejas, reclamos y demás requerimientos allegados con ocasión de los proyectos y actividades a cargo de la Subdirección	No se recibe notificación por parte de la administración sobre correos, quejas, peticiones o reclamos relacionados a el área de primeros auxilios en el mes de Noviembre

Obligación 9: Elaborar y cargar 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,	Al obtener la firma por parte de la supervisión en el informe se realiza cargue de este en la plataforma del SECOP II
Obligación 10: Las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	Se realiza bitácora de actividades con información diaria sobre las actividades realizadas.

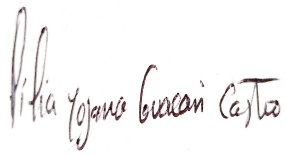
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$ 197.200
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 252.500
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 38.500
	TOTAL	$ 488.200

Ver Planilla de Pago

4. ANEXOS

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

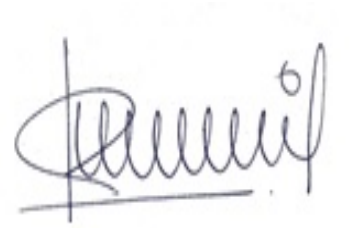
Nombre Completo: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No. Identificación: 52731916

Cargo: CONTRATISTA

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

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

Nombre Completo: OLGA LUCIA SILVA GUTIERREZ

No. Identificación: 60328758

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222-11

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2024-11-29

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 1077 de 2024, suscrito entre el IDRD y LILIA YOJANA GUACARI CASTRO identificado con C.C 52731916, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. **SI** ☐ **NO** ☒

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) **SI** ☐ **NO** ☒

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** ☐ **NO** ☒

D. Soy responsable de Iva **SI** ☐ **NO** ☒

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de: 0

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2023 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) **SI** ☐ **NO** ☒

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

- Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor % 0 (% de 1 a 100)

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2023 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.

4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia del pago.

5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia de la consignación.

6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** ☐ **NO** ☒

7. Número de dependientes 0

- Hijos menores de 18 años **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere registro civil.

- Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere anexar certificación semestral de pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa.
- Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.

Lilia Yojana Guacari Castro

Firma: _____

Nombre: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

Cédula: 52731916

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel: 660 5400
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1000000635	9476002031	I	2024/11/07	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	7	$500,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0
1	CC	52731916 GUACARI LILIA	25-14	30	$1,577,600	$252,500	EPS017	30	$1,577,600	$197,200	CCF22	30	$1,577,600	$9,500	14-23	30	$1,577,600	$38,500	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,577,600	$252,500			$1,577,600	$197,200			$1,577,600	$9,500			$1,577,600	$38,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52731916		GUACARI CASTRO LILIA YOJANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAL136CSUR#342CAE30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1000000635	9476002031	I	2024/11/07	2024/11/14	BANCO DE BOGOTA	7	$500,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,500	$1,300	$0	$253,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$252,500	$1,300	$0	$253,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,500	$200	$0	$38,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,500	$200	$0	$38,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,200	$1,000	$0	$198,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$197,200	$1,000	$0	$198,200
TOTAL				1	$497,700	$2,600	$0	$500,300