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-1564-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602679E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52747149
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses
VALOR	$ 22.912.000
FECHA ACTA DE INICIO	2024-05-21
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 2.864.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-11-01 - 2024-11-30
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA BRINDAR LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD DE CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE PARA LOS ATLETAS DEL REGISTRO DEPORTIVO DE BOGOTA

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.).

Obligación 1: Brindar la adecuada y pertinente atención de primeros auxilios y procedimientos asistenciales propios de la profesión, a los atletas que consulten y así lo requieran, previa orden médica, en las sedes de la UCAD.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

ACTIVIDADES: Durante este periodo se atendieron deportistas en UCAD salitre para procedimientos asistenciales y curaciones.

EVIDENCIAS: Soporte de Rips enviado al correo lizette.tamayo@idrd.gov.co

UBICACIÓN: bandeja de salida del correo electrónico delia.hernandez@idrd.gov.co

Obligación 2: Mantener los consultorios en las condiciones adecuadas y exigidas para la óptima atención de los diferentes profesionales de la salud.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- ACTIVIDAD: Durante este periodo se mantuvo los consultorios en condiciones adecuadas para la atención de los deportistas, en la sede de la UCAD – PRD

  EVIDENCIA: Registro fotográfico de los consultorios UCAD.

  UBICACIÓN**:** UCAD - PRD

Obligación 3: Verificar la existencia de los elementos e insumos mínimos que se requieren para el desarrollo de las atenciones en los diferentes servicios de las sedes UCAD.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- ACTIVIDAD: Durante este periodo se realizó revisión y alistamiento de medicamentos e insumos para la realización de JUEGOS NACIONALES JUVENILES 2024, y se realiza el alistamiento de los botiquines para los médicos del deporte durante las competencias del mes.

  EVIDENCIA: Registro fotográfico.

  UBICACIÓN: Registro fotográfico de medicamentos y cajas empacadas de insumos para JUEGOS NACIONALES JUVENILES 2024

Obligación 4: Realizar la toma de signos vitales y de muestras de laboratorio a los atletas que acudan a los diferentes servicios.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- ACTIVIDADES: Durante este periodo se realizaron toma de muestras para los exámenes solicitados por los médicos de UCAD – PRD

  EVIDENCIAS: Lista de pacientes

  UBICACIÓN: Libro de registro de exámenes realizados de acuerdo a la solicitud médica.

Obligación 5: Realizar y apoyar actividades de educación en salud dirigidas a los atletas de las diferentes ligas deportivas.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- ACTIVIDADES: Durante este periodo no se realizó la actividad

  EVIDENCIAS: N/A

  UBICACIÓN: N/A

Obligación 6: Acudir a los eventos locales, distritales y nacionales que le sean programados por el Supervisor del Contrato en ejecución de su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos y presentar el informe de atención y asistencias a competencias cuando se designe, referenciando las actividades realizadas. Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales deben ser autorizados por la Dirección General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD en coordinación con el supervisor

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- ACTIVIDADES: Durante este periodo se realizó apoyo en la recepción de insumos y elementos para los JUEGOS NACIONALES JUVENILES 2024 el día 1 de noviembre del 2024. Se realiza el registro de informes en SECOP II.

  EVIDENCIAS: se realiza registro de pantallazo del SECOP II y se envía acta de recepción de elementos para los JUEGOS NACIONALES JUVENILES 2024 el día 1 de noviembre del 2024.

  UBICACIÓN: SECOP II - Acta de recepción de elementos el día 1 de noviembre del 2024 en consultorio de procedimientos mínimos.

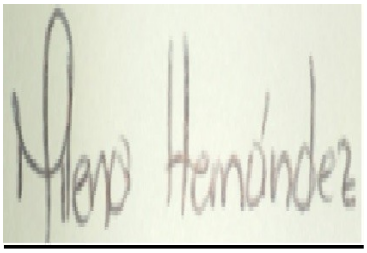
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 31.700
	TOTAL	$ 402.200

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

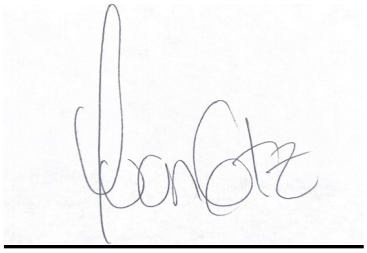
Nombre Completo: DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN

No. Identificación: 52747149

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

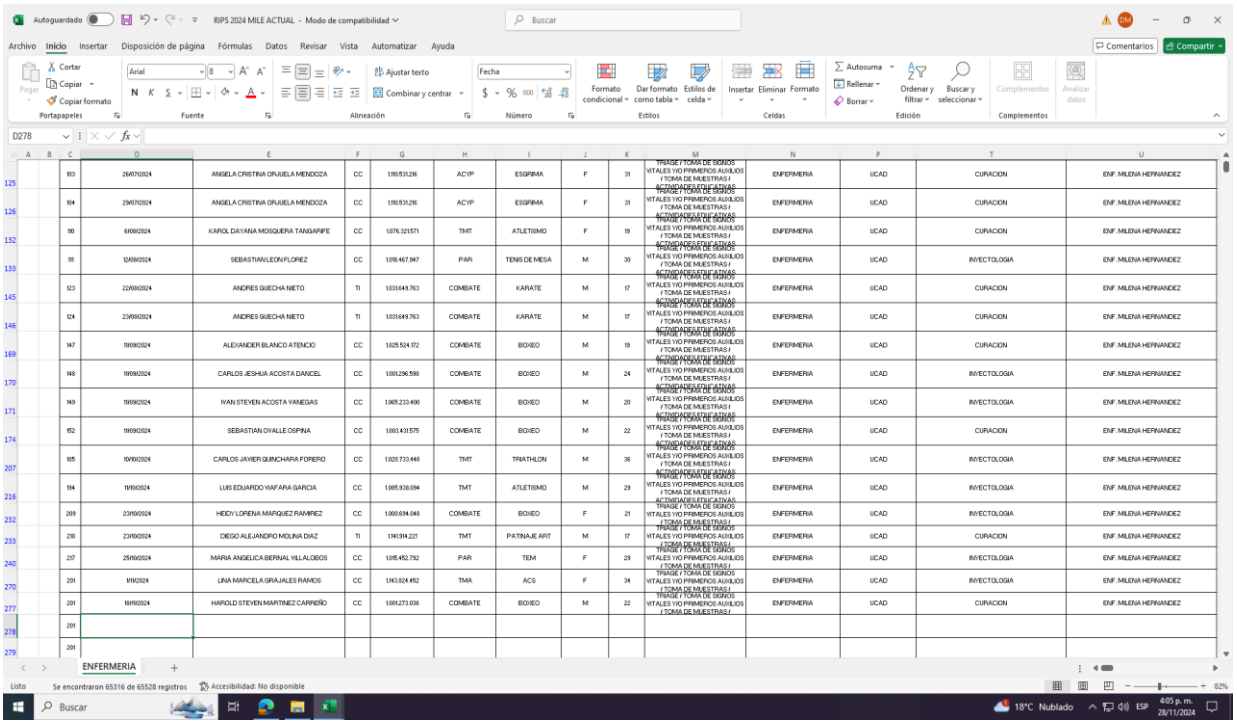
Nombre Completo: JUAN DAVID GUTIERREZ VALLEJO

No. Identificación: 1023914924

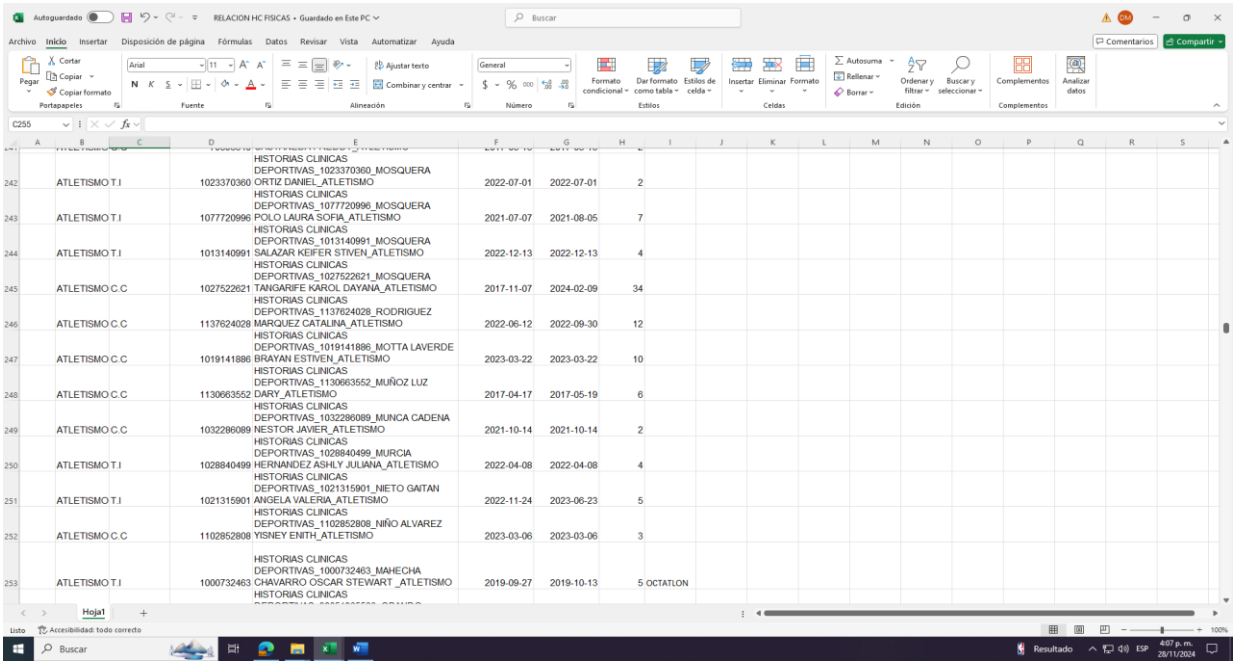
Cargo: ASESOR 105-01

OBLIGACION 1

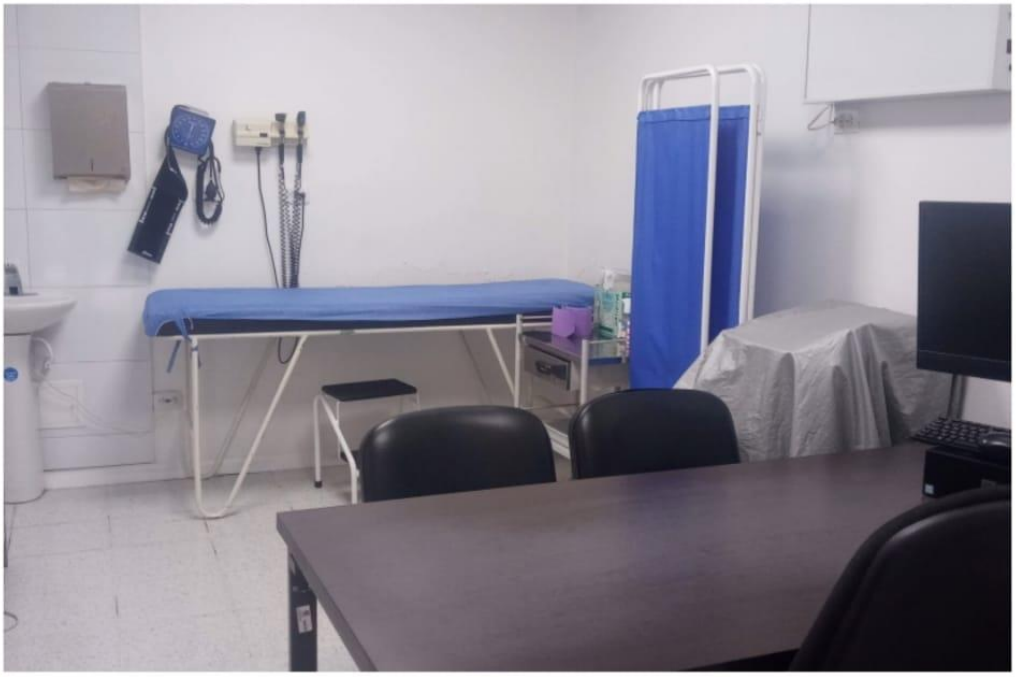
RIPS



RELACION DE HISTORIAS CLINICAS



OBLIGACION 2
CONSULTORIOS UCAD



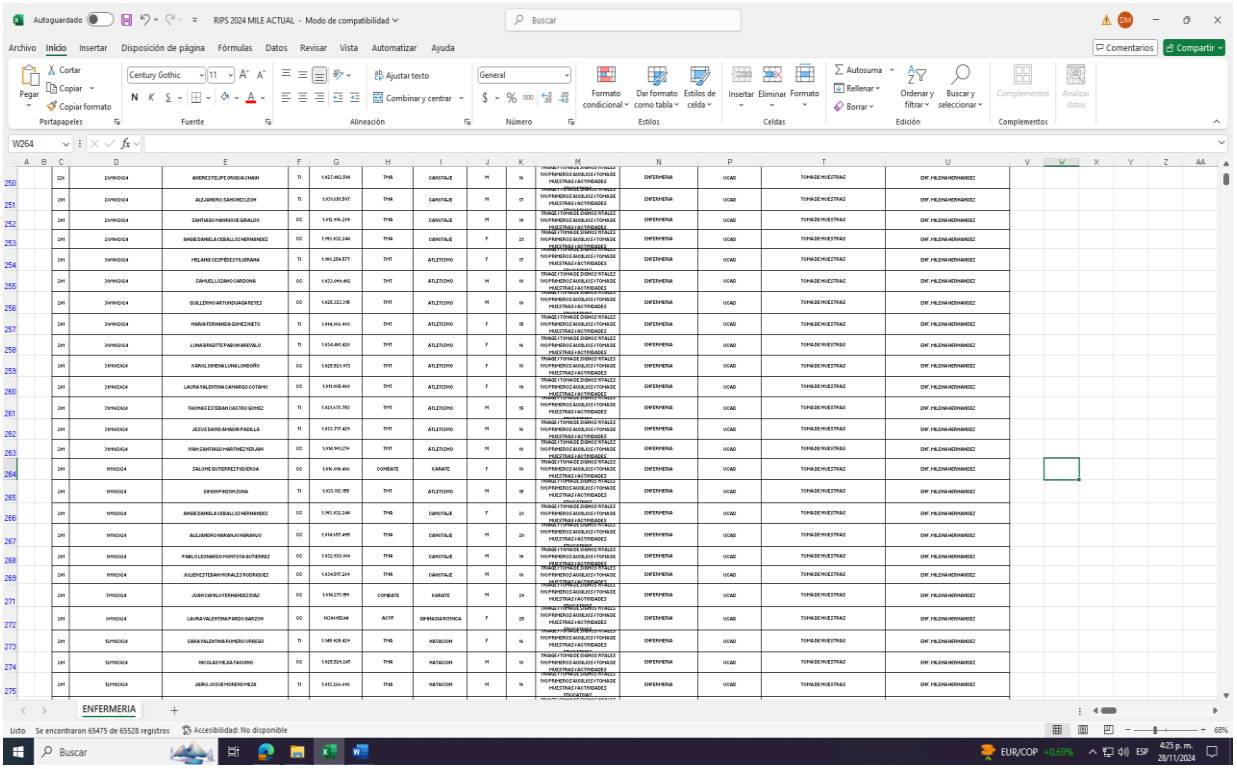


OBLIGACION 3
MEDICAMENTOS E INSUMOS

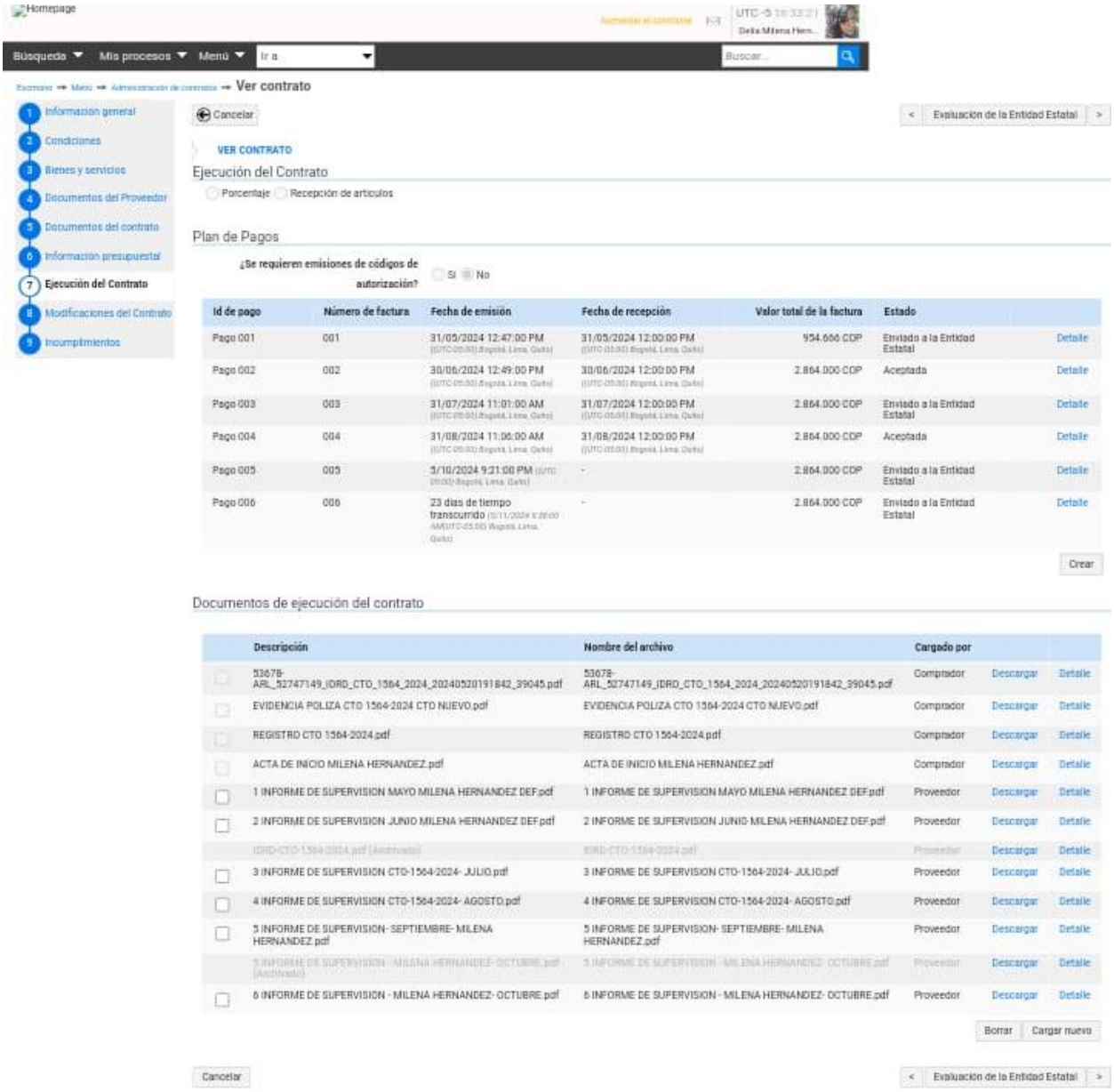


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

OBLIGACION 4
TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO CLINICO

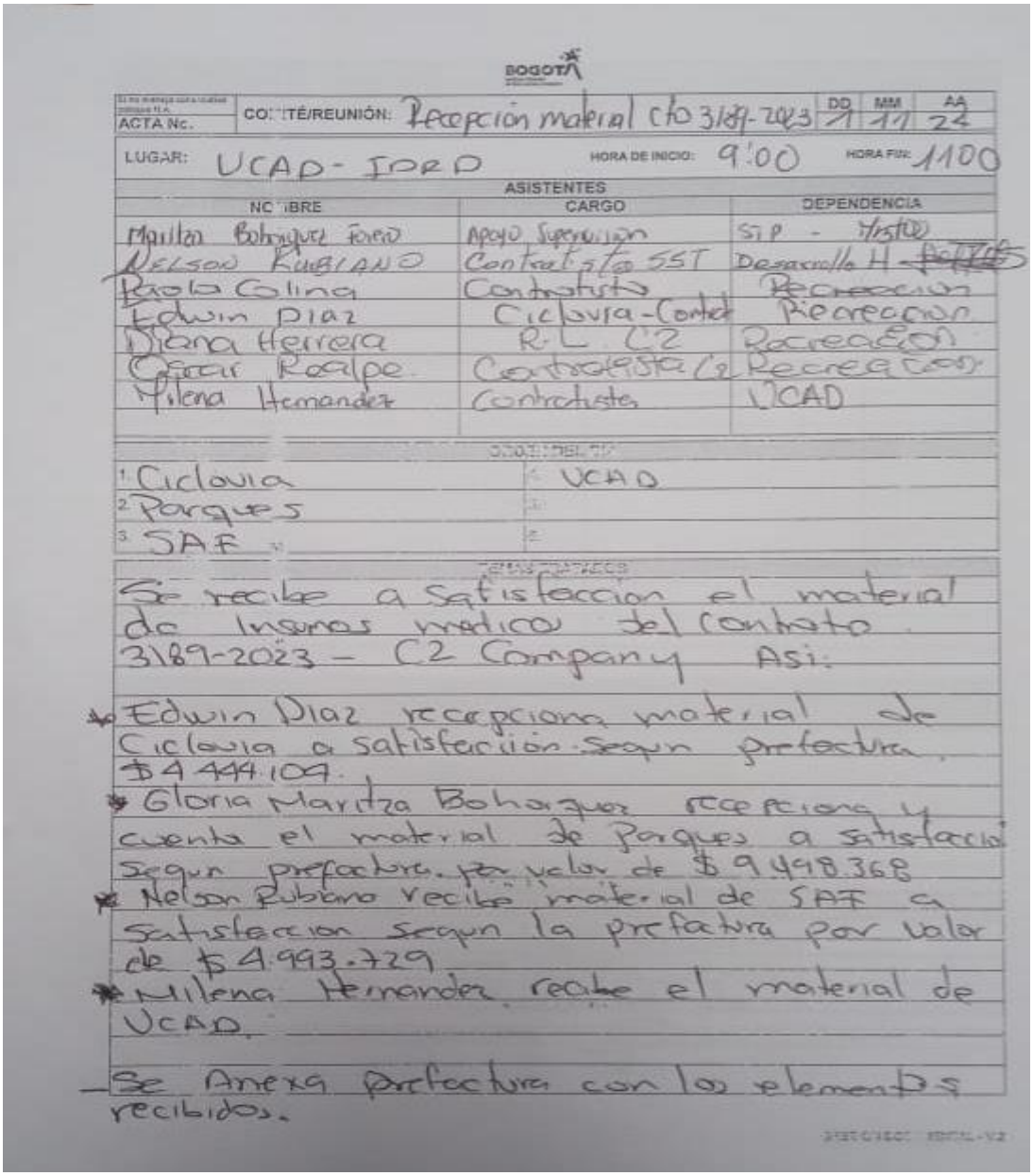


OBLIGACION 6
SECOP II



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

ACTA DE RECEPCION DE ELEMENTOS E INSUMOS PARA JUEGOS NACIONALES JUEVENILES 2024



BOGOTÁ

ACTA No. | COMITÉ/REUNIÓN: Recepción material cto 3189-2023 | DD 21 | MM 11 | AA 23

LUGAR: UCAD - IDRD | HORA DE INICIO: 9:00 | HORA FIN: 1100

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Maritza Bohorquez Forero	Apoyo Supervisión	SIP - Apoyo
Nelson Rubiano	Contratista SST	Desarrollo H
Paola Colina	Contratista	Recreación
Edwin Diaz	Ciclovia-Contrat	Recreacion
Diana Herrera	R.L. C2	Recreación
Oscar Roalpe	Contratista C2	Recreación
Milena Hernandez	Contratista	UCAD

SOLICITUDES

1. Ciclovia	4. UCAD
2. Parques	5.
3. SAF	6.

TEMAS TRATADOS

Se recibe a satisfaccion el material de insumos medicos del contrato 3189-2023 - C2 Company Asi:

- Edwin Diaz recepciona material de Ciclovia a satisfacción segun prefactura $4.444.109.
- Gloria Maritza Bohorquez recepciona y cuenta el material de Parques a satisfacción segun prefactura. por valor de $9.498.368
- Nelson Rubiano recibe material de SAF a satisfaccion segun la prefactura por valor de $4.993.729
- Milena Hernandez recibe el material de UCAD.

Se Anexa prefactura con los elementos recibidos.

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2024-12-04

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 1564 de 2024, suscrito entre el IDRD y DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN identificado con C.C 52747149, **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** [X]

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** [X]

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** [ ] **NO** [X]

D. Soy responsable de Iva **SI** [ ] **NO** [X]

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** [X]

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** [X]
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** [ ] **NO** [X]
- 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 consiganción.

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.



Firma: _____
Nombre: DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
Cédula: 52747149

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 20 dn 61c sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106130226	Si

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	1040795345	9476320554	I	2024/11/14	2024/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC	52747149	HERNANDEZ DELIA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 20 dn 61c sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106130226	Si

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	1040795345	9476320554	I	2024/11/14	2024/11/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**