

## 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)

<b>INFORME No.</b>	4		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	30	11	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
<b>IDRD-CTO-3026-2024</b>
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>
<b>2024800701604522E</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PÉREZ BARRERA BILLY ELVIS	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	80255499	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	3 meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$ 8.592.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	26/08/2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	5 al 14 de Octubre (10 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	30/11/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 1 al 30 de noviembre	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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
<p><b>Obligación 1:</b> Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando 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 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 previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento(desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los 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</p>	<p><b>Actividades:</b> Las sesiones de clase se ejecutan de manera efectiva, realizando apoyo a las clases de forma presencial con los grupos de Actividad Física de acuerdo a las indicaciones del Gestor IED, siguiendo los lineamientos que plantean el IDRD y la IED CARLOS ARANGO VÉLEZ</p> <p><b>ACTIVIDAD FISICA 1.</b> Martes: 10:00 - 12:00 Jueves: 10:00 - 12:00 Clases: 5, 7, 12, y 14 de noviembre de 2024</p> <p><b>ACTIVIDAD FISICA 2.</b> Martes: 13:10 a 15:10 Jueves: 13:10 a 15:10 Clases: 5, 7, 12, y 14 de noviembre de 2024</p> <p><b>ACTIVIDAD FISICA 3.</b> Miércoles: 10:00 - 12:00 Viernes: 10:00 - 12:00 Clases: 1, 6, 8, y 13 de noviembre de 2024</p> <p><b>ACTIVIDAD FISICA 4.</b> Miércoles: 13:10 a 15:10 Viernes: 13:10 a 15:10 Clases: 1, 6, 8 y 13 de noviembre de 2024</p> <p><b>Evidencia:</b> Plataforma Sim</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II numeral 7 Ejecución del contrato Evidencias 1, Informe Noviembre 2024 CTO 3026-2024, Carpeta Obligación 1 y drive</p> <p><a href="https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentififer=CO1.SLCNTR.13333775">https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentififer=CO1.SLCNTR.13333775</a></p>
<p><b>Obligación No. 2:</b> Asistir y realizar sesiones de clase y/o cualquier</p>	<p><b>Actividades:</b> Se ejecutan las sesiones de acuerdo a lo reportado en la plataforma SIM, y se aplican las actividades</p>

## 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)

<p>actividad complementaria necesaria para el adecuado desarrollo del proyecto, prestando sus servicios, de manera presencial, conforme a las indicaciones establecidas por el supervisor del contrato, o por medio de plataformas virtuales; y/u otras modalidades de ejecución alternativas que resulten necesarias y l sean asignadas, para el buen desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas por el proyecto</p>	<p>propuestas por el componente psicosocial</p> <p><b>Evidencia:</b> Plataforma Sim</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II numeral 7 Ejecución del contrato Evidencias 1, Informe Noviembre 2024 CTO 3026-2024, Carpeta Obligación 2 y drive</p> <p><a href="https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.13333775">https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.13333775</a></p>
<p><b>Obligación 3:</b> Solicitar a la instituciones educativas distritales-IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), estableciendo 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</p>	<p><b>Actividades:</b> Se recolectará información de los estudiantes que participen en el centro de interés asignado, en la que los estudiantes mencionen si tienen alguna condición especial, de igual forma se solicitará información a los acudientes con el consentimiento informado, la afiliación de la EPS y el documento de identidad de los estudiantes que participen en el centro de interés de Actividad Física, Ubicación: La información que reposará en carpetas en la oficina del coordinador enlace.</p>
<p><b>Obligación No. 4:</b> 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 deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p>	<p><b>Actividades:</b> Se llevará a cabo el registro y seguimiento de formación de los estudiantes que cuenten con capacidades superiores o posibles talentos, para ser reportados en semilleros.</p>
<p><b>Obligación No. 5</b> 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,</p>	<p><b>Actividades:</b> En este periodo se participó en las siguientes reuniones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Reunión Pedagógica (05 de noviembre de 2024)</b> <b>Tema:</b> Componente pedagógico Lugar: Google meet Hora: 08:00 am – 09:00 am</li> <li>➤ <b>Reunión Operativa (13 de noviembre de 2024)</b></li> </ul>

## 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)

<p>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.</p>	<p><b>Tema:</b> Operativa – Componente Pedagógico <b>Lugar:</b> Google meet <b>Hora:</b> 09:00 am – 10:00 am</p> <p>➤ <b>Reunión Operativa (15 de noviembre de 2024)</b> <b>Tema:</b> Operativa <b>Lugar:</b> Google meet <b>Hora:</b> 08:00 am – 09:00 am</p> <p>➤ <b>Reunión Operativa (21 de noviembre de 2024)</b> <b>Tema:</b> Operativa <b>Lugar:</b> Google meet <b>Hora:</b> 07:00 am – 08:00 am</p> <p><b>Evidencia:</b> Carpeta evidencias obligación 5</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II numeral 7 Ejecución del contrato Evidencias 1, Informe Noviembre 2024 CTO 3026-2024, Carpeta Obligación 5 y drive</p> <p><a href="https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.13333775">https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.13333775</a></p>
<p><b>Obligación No. 6:</b> Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor</p>	<p><b>Actividades:</b> Estoy en la disposición de cumplir con las demás obligaciones que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.</p>
<p><b>Declaración:</b> 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.</p>	

## 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. FORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SALUD TOTAL	\$162.500.00
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$208.000.00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA ARL	\$31.700.00
	<b>TOTAL</b>	<b>\$402.200.00</b>

**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.

*Billy Pérez*

NOMBRE: **BILLY PÉREZ BARRERA**  
CC: 80255499

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.

*RENÉ TORRES*

Vo Bo Supervisor del contrato  
Nombre: **WILLIAM RENÉ TORRES AGUDELO**  
Número de identificación: 80240522  
Cargo: Asesor Código 105 Grado 01  
Gerente Proyecto JEC



## **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)**

Señores:

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE  
Ciudad.

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

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del párrafo 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	PÉREZ BARRERA BILLY ELVIS							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	80255499	N° contrato	IDRD-CTO-3026-2024	
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	<b>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.</b>								
	Número de planilla	81738113	Fecha de pago	13/11/2024	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 retención en la fuente					
8	<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>								
	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	<b>DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soportan, tienen dependencia económica de mi.</b>								
	<b>De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podrá 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))</b>						#	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 (párrafo 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 **30** MM **11** AA **2024**



FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80255499	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		CALLE 34 SUR 39A 43	5312852	billyperez82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81738113	\$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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	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
CCF21	Cafam	860013570-3	26.000	0	0	26.000	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### 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
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>428.200</b>	<b>428.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80255499	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		CALLE 34 SUR 39A 43	5312852	bilyperez82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81738113	\$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	80255499	PEREZ BARRERA BILLY ELVIS	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF21	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

# PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80255499	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		CALLE 34 SUR 39A 43	5312852	billyperez82@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						
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	
2024-11	2024-11	I	22/11/2024	81972694	\$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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	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
CCF21	Cafam	860013570-3	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
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>428.200</b>	<b>428.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80255499	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		CALLE 34 SUR 39A 43	5312852	bilyperez82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	\$428.200				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	80255499	PEREZ BARRERA BILLY ELVIS	59	0	N			X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF21	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

# PAGADA



## 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	80255499
NOMBRES	BILLY ELVIS
APELLIDOS	PEREZ BARRERA
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	01/05/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 11/21/2024 21:05:46 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 técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1025547261

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

51072215

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	057
--	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	-----

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

**Datos del inscrito**

Primer Apellido	PEREZ	Segundo Apellido	PARRA
-----------------	-------	------------------	-------

SARA MARIA

Nombre(s)

Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH		
Año	2011	Mes	JUN	Día	24	FEMENINO	A	POSITIVO

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)**

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10817299-2

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos	PARRA AMAYA DIANA CAROLINA
-------------------------------	----------------------------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 53167342 DE BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos	PEREZ BARRERA BILLY ELVIS
-------------------------------	---------------------------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80255499 DE BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos	PEREZ BARRERA BILLY ELVIS
-------------------------------	---------------------------

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80255499 DE BOGOTÁ D.C.	<i>Billy Perez Barrera</i>

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos	
-------------------------------	--

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos	
-------------------------------	--

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes JUL Día 01	<i>Roberto Agustin Fuertes Morales</i> ROBERTO AGUSTIN FUERTES MORALES
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
<i>Billy Perez Barrera</i> Firma	<i>Roberto Agustin Fuertes Morales</i> Nombre y firma

L. DE V. 155, FOL. 25

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

La anterior es fiel copia tomada de su original. Se expide para acreditar parentesco. Decreto 1260 de 1.970, Art 115.

Bogotá D.C.

19 JUN. 2018



LEON GUILLERMO PICO MORA.  
NOTARIO CINCUENTA Y SIETE (57) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ.  
ENCARGADO.

RESOLUCIÓN No. 5427 DE MAYO 25 DE 2018 DE LA SNR.

Fecha de solicitud original: 2024-11-21 22:09:18

**EL ALMACENISTA GENERAL DEL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE  
- IDRD -**

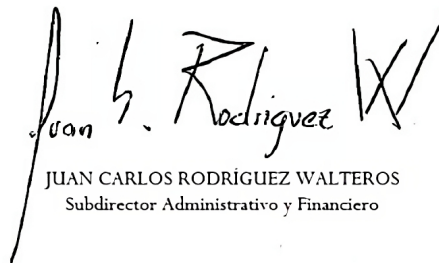
**CERTIFICA**

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): **BILLY ELVIS PEREZ BARRERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **80255499**, 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-3026-2024**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **26** días del mes de **noviembre** 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.



JUAN CARLOS RODRÍGUEZ WALTEROS  
Subdirector Administrativo y Financiero

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-hyU7hnRHm

<https://portalcontratista.idrd.gov.co/es/validar-documento?validate=ALM-hyU7hnRHm>



## CERTIFICADO DE ENTREGA DE CARNET

Cordial saludo

Él contratista Billy Elvis Pérez Barrera identificado con el número de cédula 80255499, del área o subdirección Deportes , con el supervisor(a) Edison Manrique ,realizó la entrega del carnet en la oficina de Almacén General el día 22/11/2024 10:25:00 .

Atentamente

Luis Eloy Alvarado Ostos

Almacenista General

Fecha de solicitud original: 2024-11-26 15:52:02

**EL RESPONSABLE DEL AREA DE SISTEMAS DE LA  
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DEL IDRD**

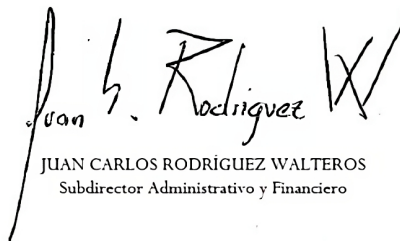
**CERTIFICA**

Que revisados los buzones habilitados por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD al señor(a) **BILLY ELVIS PEREZ BARRERA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. **80255499**, se encontró que el (la) contratista a la fecha de expedición de la presente certificación no tiene en el buzón correos o documentos pendientes por tramitar o descargar del Sistema de Gestión Documental "**ORFEO**" e institucional utilizados y/o administrados por la entidad. Así mismo se inactivan los demás servicios de correo institucional, sistemas de información de apoyo y misional y de red, cuando aplique.

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) contratista en la inactivación de cuentas de usuario autorizado por el IDRD y utilizados por la solicitante, con el fin de realizar los trámites administrativos con motivo de la **TERMINACIÓN O CESIÓN DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. ,** número de contrato: **IDRD-CTO-3026-2024** y número de expediente: **2024800701604522E**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **26** días del mes de **noviembre** de **2024**.

**NOTA:** Lo anterior en cumplimiento de la Cláusula segunda. - Obligaciones Generales del Anexo cláusulas adicionales del Contrato Electrónico de Prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión en especial los numerales: 3, 7, 8, 14 y 23 y memorando Rad. 20203000123583 de febrero 24 de 2020 expedido por la Subdirección Administrativa y Financiera.



JUAN CARLOS RODRÍGUEZ WALTEROS  
Subdirector Administrativo y Financiero

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: **SYS-PCV6vYENj**

<https://portalcontratista.idrd.gov.co/es/validar-documento?validate=SYS-PCV6vYENj>

**1.RELACIÓN SESIONES**

NOMBRE	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		COORDINADOR	EDISSON HUMBERTO MANRIQUE RODRIGUEZ			
FECHA REVISIÓN	2024-11-21 09:26:17		Mes	Noviembre			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CARLOS ARANGO VELE	CARLOS ARANGO VELEZ,	1	<b>Martes,10:00:00,12:00:00</b> 5-12 <b>Jueves,10:00:00,12:00:00</b> 7-14	5-7-12-14		16	16
	CARLOS ARANGO VELEZ,	2	<b>Martes,13:00:00,15:00:00</b> 5-12 <b>Jueves,13:00:00,15:00:00</b> 7-14	5-7-12-14			
	CARLOS ARANGO VELEZ,	3	<b>Viernes,10:00:00,12:00:00</b> 1-8 <b>Miercoles,10:00:00,12:00:00</b> 6-13	1-6-8-13			
	CARLOS ARANGO VELEZ,	4	<b>Viernes,13:00:00,15:00:00</b> 1-8 <b>Miercoles,13:00:00,15:00:00</b> 6-13	1-6-8-13			