



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.
09
FECHA DEL INFORME
31-01-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1195-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602133E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOSE MIGUEL IGUARAN IGUARAN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1148143625
PLAZO DE EJECUCIÓN	7 meses
VALOR	\$ 32.064.000
FECHA ACTA DE INICIO	2024-05-15
FECHA DE TERMINACIÓN	14/01/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.008.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-01-01 - 2025-01-14
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO CON EL REGISTRO DE INFORMACION EN LAS BASES DE DATOS EFECTUANDO EL INGRESO DE BIENES DEVOLUTIVOS Y CONSUMO Y PREPARAR LOS INFORMES QUE SE REQUIERAN NECESARIOS PARA LOS CIERRES MENSUALES DEVOLUTIVOS Y CONSUMO Y PREPARAR LOS INFORMES QUE SE REQUIERAN NECESARIOS PARA LOS CIERRES MENSUALES

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: Obligación 1 Apoyar el registro, en el aplicativo SEVEN de los bienes de consumo y devolutivos que ingresan y que se encuentran en servicio en la entidad.	Se apoya realizando traslados, reintegros y demás, en el aplicativo SEVEN de los bienes devolutivos que ingresan y que se encuentran en servicio en la entidad. Se realiza asignación de códigos para pedidos. Evidencias
Obligación 2: Obligación 2 Colaborar en el procedimiento de traslado entre entidades y enajenación de bienes de la Entidad, verificando que se cumpla con la normatividad vigente.	Se realizo acompañamiento en la toma Física anual de inventario en bodega de almacén general para hacer acople con el nuevo almacenista general con el fin de verificar la existencia de los bienes. Evidencias
Obligación 3: Obligación 3 Elaborar informes y coadyuvar con los documentos necesario para realizar el comité de inventarios, y la reclasificación de activos, según el procedimiento establecido.	N/A Evidencias
Obligación 4: Obligación 4 Apoyar en el seguimiento actualización de los procesos y procedimientos del Almacén General.	Se apoya en los procedimientos, formatos, planillas, etc. Que se manejan al interior del almacén general Evidencias
Obligación 5: Obligación 5 Apoyar y realizar informes de acuerdo con las diferentes solicitudes inherentes las funciones del área.	En el momento no se ha realizado ninguna actividad para la elaboración de informes. Evidencias
Obligación 6: Obligación 6 6. Registrar en el informe mensual de actividades, la gestión adelantada referente a los documentos asignados en el Sistema de Gestión Documental ORFEO y a la Plataforma SECOP II.	Se registra en el informe mensual las actividades específicas con las respectivas evidencias, para ser remitidas en el Sistema de Gestión Documental ORFEO y a la Plataforma SECOP II. Se verifica la información de los siguientes Radicados y de ser necesario se realizan las acciones respectivas. Evidencias

Obligación 7: Obligación 7 Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato	Verificación, apoyo y entrega de pedidos de medicamentos y equipos médicos para UCAD, PARQUES, CICLOVIA, entre otros. Se realiza entregas de carné a contratistas. Se realiza asignación de códigos para pedidos realizados por diferentes dependencias. Se asiste a taller de almacenamientos seguro en la bodega de nuevos y usados Evidencias
---	---

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$ 200.400
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ 256.600
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 8.400
	TOTAL	\$ 465.400

[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.

[Ver Informe Final](#)

[Ver Paz y Salvo Sistemas](#)

[Ver Paz y Salvo Almacén](#)



Firma Contratista

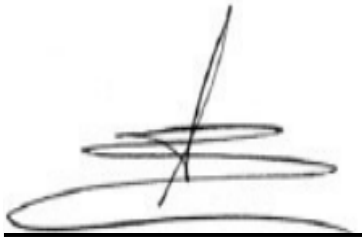
Nombre Completo: JOSE MIGUEL IGUARAN IGUARAN

No. Identificación: 1148143625

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.

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long, sweeping horizontal stroke at the bottom.

Firma Supervisor

Nombre Completo: LUIS ELOY ALVARADO OSTOS

No. Identificación: 80243658

Cargo: ALMACENISTA GENERAL 215-08

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 1195 de 2024, suscrito entre el IDR y JOSE MIGUEL IGARAN IGARAN identificado con C.C 1148143625, **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:

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

1. Durante el año 2024 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 ☒

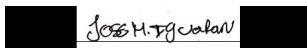
• Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI ☐ NO ☒

• Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (% de 1 a 100) (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8). A mi favor

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 2024 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
- Hijos menores de 18 años
Requiere registro civil. SI ☐ NO ☒
 - Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación
Requiere anexar certificación semestral de pago de matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. SI ☐ NO ☒
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT (2024) \$12,236.900 anuales, o por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒

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: JOSE MIGUEL IGUARAN IGUARAN

Cédula: 1148143625

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.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	08/01/2025	82896098	\$465.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.400	0		0		0	0	0	0	200.400	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	256.600	0	0	0	0	0	0		256.600	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	200.400	200.400
Pensión	1	256.600	256.600
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.400	465.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1148143625	JOSE MIGUEL IGUARAN IGUARAN		calle 150a No 96a - 40	3003908716	jmigueliguaran24@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	08/01/2025	82896098	\$465.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIL	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	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	1148143625	IGUARAN IGUARAN JOSE MIGUEL	59	0			N																									230301	1.603.200	256.600	0	0	0	0	EPS005	1.603.200	200.400	14-23	1.603.200	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-01	2025-01	I	20/01/2025	83340602	\$217.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	93.600	0		0		0	0	0	0	93.600	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	119.800	0	0	0	0	0	0		119.800	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	4.000				4.000	0	0	4.000			40	4.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	93.600	93.600
Pensión	1	119.800	119.800
Riesgos Laborales	1	4.000	4.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	217.400	217.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1148143625	JOSE MIGUEL IGUARAN IGUARAN		calle 150a No 96a - 40	3003908716	jmigueliguaran24@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-01	2025-01	I	20/01/2025	83340602	10
					TOTAL A PAGAR
					\$217.400

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1148143625	IGUARAN IGUARAN JOSE MIGUEL	59	0	N	X																	230301	748.160	119.800	0	0	0	0	0	EPS005	748.160	93.600	14-23	748.160	1	4.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA