



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.
05
FECHA DEL INFORME
28-02-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-3789-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701605141E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	80007905
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 meses
VALOR	\$ 19.436.000
FECHA ACTA DE INICIO	2024-10-11
FECHA DE TERMINACIÓN	10/02/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.859.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-02-01 - 2025-02-10
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO GESTOR DE INFRAESTRUCTURA Y MALLA VIAL EN EL PROGRAMA CICLOVÍA

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: Elaborar, tramitar, proyectar, actualizar y hacer seguimiento a los Planes de Manejo de Tránsito - PMT- de los corredores de Ciclovía que operan en la actualidad, y de los nuevos corredores que se tenga estimado proyectar. Cuando se presente las solicitudes de Obras de Infraestructura o eventos que afecte la malla vial de Ciclovía, elaborar los conceptos técnicos de acuerdo con las necesidades de la entidad.	1.1 Respuesta a RAD 202552000181 concepto técnico carrera 15 x calle 94. 1.2 Revisión y firma de Acta coordinación IDRD PMT CRR 50 Evidencias
Obligación 2: Asistir, apoyar y participar en las reuniones de planeación, seguimiento y retroalimentación, jornadas de fortalecimiento técnico e inducciones, entrega de elementos de atención prehospitalaria y prendas institucionales, así como a eventos que sean programados por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y la Administración Distrital, asistir y participar en las jornadas de Ciclovía, coadyuvando con el operativo de las jornadas, actividades y eventos programados por el supervisor del contrato o la coordinación del programa	2.1 Asistencia reunión presencial evaluación de jornada 04 febrero de 2025. 2.2 Asistencia reunión presencial planeación de jornada 07 febrero de 2025 Evidencias
Obligación 3: Apoyar la supervisión, seguimiento y control de los procesos contractuales, en sus diferentes fases, que sean designados por escrito por parte de STRD. Revisar las fichas técnicas, hacer seguimiento a la ejecución de los contratos o convenios suscritos por el IDRD de acuerdo con el plan de trabajo técnico, administrativo y financiero que le sea remitido y asignado. Así como la respuesta técnica a las observaciones realizadas en los procesos de contratación que le sean asignados	3.1 Realización y revisión de FICHA INSUMOS MÉDICOS 3.2-25 Evidencias
Obligación 4: Realizar la solicitud de los elementos necesarios para la operación de la Ciclovía y atención de lesionados, así como apoyar en las capacitaciones de los procedimientos de primeros auxilios, al personal de Ciclovía y en la atención de pacientes moderados y críticos que se presenten durante la jornada.	4.1 Realización de listado SDS-UED-FT-111 formato articulación participantes 03 de febrero 2025 Evidencias
Obligación 5: Participar y apoyar las actividades o eventos que realiza el IDRD, que fomenten el uso recreativo de la bicicleta cumpliendo con la programación de las actividades planificadas en los lugares, fechas y tiempos requeridos por el supervisor del contrato. Como también participar en reuniones o eventos locales, distritales, nacionales o internacionales, que le sean asignados por el Supervisor del Contrato, para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual. Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales o Internacionales deben ser autorizados por el supervisor o la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes o la dirección del IDRD.	5.1 Asistencia reunión mesa intersectorial planeación día sin carro y sin moto 05 febrero de 2025. 5.2 Reunión con delegado IDRD y SDS área de capacitación 06 de febrero de 2025. Evidencias
Obligación 6: Realizar el trámite de los documentos y correspondencia asignada mediante el Sistema de Gestión Documental ORFEO, generando una ruta o mecanismo de control que permita hacer seguimiento de las comunicaciones tramitadas	Para este periodo no se realizaron actividades de esta obligación

Obligación 7: Las demás que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad o que sean solicitadas por el supervisor del contrato.	Para este periodo no se han realizado actividades que sean solicitadas por el supervisor de contrato
---	--

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$ 243.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	\$ 311.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 0
	TOTAL	\$ 554.000

[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: EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ

No. Identificación: 80007905

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: YEZID ANTONIO DIAZ

No. Identificación: 80491302

Cargo: TECNICO OPERATIVO 314-07

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80007905	EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ		CARRERA 83 145-77 TORRE 4 APT 303	3126719427	edwindiazm@yahoo.es
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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	26/02/2025	84458145	\$562.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	243.000	0		0		0	22	3.600	0	246.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	311.000	0	0	0	0	22	4.600	0	315.600	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	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	243.000	246.600
Pensión	1	311.000	315.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	554.000	562.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80007905	EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ		CARRERA 83 145-77 TORRE 4 APT 303	3126719427	edwindiazm@yahoo.es
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	26/02/2025	84458145	\$562.200
					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 exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	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	80007905	DIAZ MELENDEZ EDWIN LEONARDO	3	0		N																			230201	1.943.600	311.000	0	0	0	0	EPS005	1.943.600	243.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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 3789 de 2024, suscrito entre el IDR y EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ identificado con C.C 80007905, **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 ☒

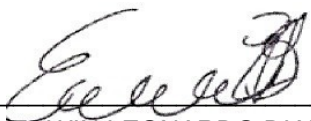
• Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI ☐ NO ☒

• 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: EDWIN LEONARDO DIAZ MELENDEZ
Cédula: 80007905

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.