Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2025-02-02

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 4195 de 2024, suscrito entre el IDRD y ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO identificado con C.C 52902992, **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 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 (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 2024 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.**	**SI** ☐	**NO** ☒
4.	Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **Anexar copia del pago.**	**SI** ☐	**NO** ☒
5.	Para el presente pago realicé aporte a AFC **Anexar copia de la consiganción.**	**SI** ☐	**NO** ☒
6.	Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes	**SI** ☐	**NO** ☒
7.	Número de dependientes	0	
•	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 matricula expedida por la respectiva entidad educativa.**	**SI** ☐	**NO** ☒
•	Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **Requiere adjuntar certtificado 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 certtificado 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 certtificado 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.

Rosa Marisol Ortiz

Firma: _____

Nombre: ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO

Cédula: 52902992

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.

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.
01
FECHA DEL INFORME
31-01-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STP-CPS-4195-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52902992
PLAZO DE EJECUCIÓN	5 meses
VALOR	$ 36.005.000
FECHA ACTA DE INICIO	2025-01-09
FECHA DE TERMINACIÓN	08/06/2025
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 7.201.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-01-09 - 2025-01-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA PLANEACIONSEGUIMIENTO Y CONTROL A LA ESTRATEGIA DE GOBERNANZA EN LOSPARQUES Y ESCENARIOS PRIORIZADOS DEL DISTRITO CAPITAL

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: Brindar apoyo a la supervisión en la implementación y evaluación de las estrategias para la gobernanza en los parques y escenarios administrados por el IDRD	Se realiza una encuesta de satisfacción para la aplicación de todos los CEFES a nivel distrital en formulario Form Evidencias
Obligación 2: Realizar la gestión para la implementación de los programas de sensibilización y pedagogía en parques y escenarios.	Se realiza ejercicios de sensibilización con el personal administrativo del CEFE COMETAS y implementación encuesta satisfacción a los usuarios que asisten al CEFE.
Obligación 3: Presentar estrategias de participación y relacionamiento con la ciudadanía y comunidades usuarias y vecinas de los parques y escenarios administrados por el IDRD, en el marco de la implementación de la estrategia de gobernanza	No se presentaron soportes para el desarrollo de la misma, pero si se realizaran estrategias para escenarios administrados por el IDRD - CEFES y con la comunidad.
Obligación 4: Identificación de necesidades de información relacionada con la estrategia de gobernanza en los parques, así como la organización y disponibilidad de dicha información.	Para el presente periodo no fue requerida esta actividad.
Obligación 5: Realizar el apoyo a la supervisión y el seguimiento a nivel técnico, administrativo y financiero de los contratos que le sean asignados	Para el presente periodo no fue requerida esta actividad
Obligación 6: Proyectar de manera oportuna y en términos de calidad y veracidad, la respuesta a las solicitudes de información peticiones, quejas, reclamos y demás requerimientos allegados con ocasión de los proyectos y actividades a cargo de la STP	Para el presente periodo no fue requerida esta actividad.
Obligación 7: Asistir a las capacitaciones o reuniones que le sean informadas y generar estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor	Se realizan reuniones y capacitaciones según lo indicado en el contrato.
Obligación 8: Elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, acompañado de los soportes de evidencian las actividades realizadas a si como el pago de aportes al sistema de seguridad social evidenciando el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato.	Una vez se cuente con el informe firmado en la orden de pago se realizara o se procede a crear el plan de pago de acuerdo a los lineamientos.
Obligación 9: Las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	Se realizan las obligaciones requeridas a que haya lugar.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 0
	TOTAL	$ 0

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: ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO

No. Identificación: 52902992

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: RODRIGO ALBERTO MANRIQUE FORERO

No. Identificación: 80243688

Cargo: SUBDIRECTOR 068-02

ACTA DE INICIO

ESPACIO PARA COLOGAR EL STIKER DE RADICACIÓN

CONTRATO ☑ CONTRATO APROVECHAMIENTO ECONÓMICO ☐

CONVENIO ☐ CONTRATO INFERIOR AL 10% DE LA MENOR CUANTÍA ☐

No.: IDRD-STP-CPS-4195-2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO

☑ SUPERVISOR ☐ INTERVENTOR RODRIGO ALBERTO MANRIQUE FORERO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LA PLANEACION SEGUIMIENTO Y CONTROL A LA ESTRATEGIA DE GOBERNANZA EN LOS PARQUES Y ESCENARIOS PRIORIZADOS DEL DISTRITO CAPITAL.

	Día	Mes	Año
FECHA DE INICIO	**9**	**1**	**2025**
FECHA DE TERMINACIÓN	**8**	**6**	**2025**

VALOR TOTAL 36.005.000 VALOR APORTE IDRD $

(Este espacio debe ser diligenciado únicamente para convenios)

DILIGENCIAR SOLO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN

EL CONTRATISTA SE ENCUENTRA AFILIADO A UNA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES SI ___X__ NO _____

	Día	Mes	Año
FECHA DE INICIO COBERTURA	**27**	**12**	**2024**

NOTA: En caso que el contratista no se encuentre afiliado y no cuente con la cobertura de una Administradora de Riesgos Laborales, **NO** podrá dar inicio a la ejecución del contrato conforme a lo señalado en el articulo 6 del Decreto 723 de 2013.

Se firma la presente acta, en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de 01 de 2025.

FIRMA

NOMBRE SUPERVISOR O INTERVENTOR: RODRIGO ALBERTO MANRIQUE FORERO

CARGO SUPERVISOR O INTERVENTOR: SUBDIRECTOR TECNICO DE PARQUES

FIRMA Rosa Marisol Ortiz

NOMBRE CONTRATISTA: ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO

CC 52902992

SEÑOR SUPERVISOR: INDICAR AL CONTRATISTA LA SIGUIENTE RUTA, PARA LA CONSULTA DE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DEL IDRD:

1. Ingresar al aplicativo ISOLUCION en la ruta: isolucion.idrd.gov.co
2. Digitar usuario: consultas
3. Digitar contraseña: consultas
4. Ubicarse sobre la pestaña que dice "documentación", hacer click en el ícono "Mapa de procesos".
5. Una vez ubicado en el mapa de procesos, dar click en el vínculo del proceso al cual usted hace parte
6, Cuando haga click sobre el proceso, se desplegará la caracterización en donde podrá consultar todos los documentos del mismo.

En mi calidad de contratista, dejo constancia que recibí por parte del supervisor del contrato las instrucciones para la consulta de la información general del Sistema de Gestión del Instituto Distrital de Recreación y Deporte – IDRD.

Igualmente, adjunto el certificado de afiliación a la Administradora de Riesgos Laborales. *(Solo aplica para contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión).*

Rosa Marisol Ortiz

CONTRATISTA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO** identificado con **CC** No. **52902992**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	**Fecha de inicio de cobertura:** 27/12/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 26/12/2024 **Fecha fin de Contrato:** 07/04/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022626598.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ MOLANO ROSA MARISOL** identificado(a) con **CC** número **52.902.992** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 31 de mayo de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2025012918291

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ROSA MARISOL ORTIZ MOLANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 52902992, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20241011	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Enero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27640830

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio