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.	03		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1269 del 27 de Mayo de 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208007017000 98E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.033.688.899	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (18) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	($6.006.000,00) SEIS MILLONES SEIS MIL PESOS M/CTE	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	01 DE JUNIO DEL 2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	TREINTA (30) DIAS DEL 19 DE AGOSTO DE 2020 AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2020. ($2.310.000) DOS MILLONES TRECIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	18 DE SEPTIEMBRE DEL 2020	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 DE AGOSTO DE 2020 AL 30 DE AGOSTO DE 2020.	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
Obligación No. 1: Apoyar la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	**AVANCE:** Se cumplió con esta obligación contractual, apoyando los procesos de formación integral y deportiva de los estudiantes asignados pertenecientes al centro de interés de futbol de la IED Orlando Higuita. **EVIDENCIA:** Acompañamiento telefónico, acompañamiento en WhatsApp y acompañamiento en el Sistema Misional de Información. **UBICACIÓN:** SIM Y DRIVE DE INFORMACION INFORME 3, OBLIGACION No1 https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 2: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.	**AVANCE:** Se cumple con esta obligación presentando las sesiones del centro de interés de futbol teniendo en cuenta los criterios exigidos y la información de los planes pedagógicos. Para este periodo se planearon y ejecutaron las siguientes sesiones relaciónalas: Grupo 1: Horario de 07:00 – 09:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 2: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020

	Grupo 3: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 Grupo 4: Horario de 13:00 – 15:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 **EVIDENCIAS:** SIM – DRIVE- SESIONES DE CLASE. **UBICACIÓN**: DRIVE INFORME 3, OBLIGACION No 2. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 3: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	**AVANCE:** Se ejecutaron las sesiones de clase planeadas en el sistema misional de información. Para este periodo se ejecutaron las siguientes sesiones relaciónalas: Grupo 1: Horario de 07:00 – 09:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 2: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020

	Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 3: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 Grupo 4: Horario de 13:00 – 15:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 Para este periodo las sesiones fueron virtuales por medio del SIM y de la aplicación google Meet.. **EVIDENCIA:**SIM – DRIVE – PLANES DIARIOS **UBICACIÓN:** SIM – DRIVE CARPETA INFORME 3 OBLIGACION No 3. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 4: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	**AVANCE:** Se mantiene el mismo usuario y contraseña sin ningún problema. Se rectificó y se está utilizando actualmente como usuario; ANGEL.PATARROLLO. **EVIDENCIA:** SIM usuario: ANGEL.PATARROLLO **UBICACIÓN:** SIM
Obligación No 5: Elaborar las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto.	**AVANCE:** Se elaboraron las sesiones de clase en los tiempos establecidos y se subieron en los tiempos establecidos teniendo en cuenta todos los parámetros establecidos por el proyecto. Para este periodo se ejecutaron las siguientes sesiones relaciónalas: Grupo 1: Horario de 07:00 – 09:00 Sesiones:

	Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 2: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 3: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 Grupo 4: Horario de 13:00 – 15:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 **EVIDENCIA:** Sistema de Información Misional SIM, usuario; ANGEL.PATARROLLO – pestaña actividades.(SESIONES DE CLASES) **UBICACIÓN:** SIM – DRIVE CARPETA INFORME 3 OBLIGACION No 5. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h

Obligación No 6: Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	Se elaboró la planeación y publicación de cada una de las sesiones de clase igual que de las guías didácticas solicitadas en el sistema misional de información dentro de los plazos establecidos. Grupo 1: Horario de 07:00 – 09:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 2: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Lunes 03 de Agosto de 2020 Miércoles 05 de Agosto de 2020 Lunes 10 de Agosto de 2020 Miércoles 12 de Agosto de 2020 Miércoles 19 de Agosto de 2020 Lunes 24 de Agosto de 2020 Miércoles 26 de Agosto de 2020 Lunes 31 de Agosto de 2020 Grupo 3: Horario de 09:00 – 11:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020 Grupo 4: Horario de 13:00 – 15:00 Sesiones: Martes 04 de Agosto de 2020 Martes 11 de Agosto de 2020 Jueves 13 de Agosto de 2020 Martes 18 de Agosto de 2020 Jueves 20 de Agosto de 2020 Martes 25 de Agosto de 2020 Jueves 27 de Agosto de 2020

	EVIDENCIA: SIM- DRIVE **UBICACIÓN:** SIM – DRIVE CARPETA INFORME 3 OBLIGACION No 6. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 7: Apoyar la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	**AVANCE:** Se solicita por medio de la base de datos de la IED Orlando Higuita logrando un 100% del total de los estudiantes para poder empezar el desarrollo de las actividades deportivas. En esta base de datos se recopilaron algunas patologías y/o lesiones que pueda tener alguno de los alumnos y confirmado por medio de la llamada realizada a cada uno de los acudientes. **EVIDENCIA**: Carpeta Tiempo Escolar Complementario TEC IED ORLANDO HIGUITA ROJAS – BASE DE DATOS IED ORLANDO HIGUITA – DRIVE. **UBICACIÓN:** Oficina TEC IED ORLANDO HIGUITA ROJAS – SIM – DRIVE OBLIGACION No 7. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 8: Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**AVANCE:** Se solicitó mediante las llamadas realizadas a los acudientes de los alumnos de los grupos asignados en la IED Orlando Higuita, esto para complementar la base de datos de la IED y tener toda la información requerida por el programa. **EVIDENCIA**: Carpeta Tiempo Escolar Complementario TEC IED ORLANDO HIGUITA ROJAS – BASE DE DATOS IED ORLANDO HIGUITA – DRIVE. **UBICACIÓN:** Oficina TEC IED ORLANDO HIGUITA ROJAS – SIM – DRIVE OBLIGACION No 8. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 9: Apoyar las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**AVANCE:** Se cumplió con esta obligación asistiendo a las actividades indicadas por el gestor Alejandro Prieto y las diferentes instancias a nivel técnico, operativo y administrativo .del programa. Se realizaron las reuniones relacionadas a continuación: ➢ 06 de Agosto de 2020 **Horario** 18:00 – 19:00 **Lugar:** Google Meet. **Tema:** Reunión Técnico Operativa. ➢ 11 de Agosto de 2020 **Horario** 17:00 – 17:30 **Lugar:** Google Meet.

	Tema: Reunión operativa con el docente enlace Edwin Leonardo Benavides. ➢ 19 de Agosto de 2020 **Horario** 11:30 – 12:15 **Lugar:** Google Meet. **Tema:** Reunión operativa. ➢ 24 de Agosto de 2020 **Horario** 07:00 – 09:00 **Lugar:** Google Meet. **Tema:** Reunión Técnico Operativa. Estrategias de cobertura. **EVIDENCIAS:** Las actas reposan en las manos del gestor territorial Alejandro Prieto estas actas se encuentran digitalizadas en el DRIVE. **UBICACIÓN:** DRIVE CARPETA INFORME 3 OBLIGACION No 9. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.	**AVANCE:** Para este periodo no se identifica ningún talento deportivo Se tendrá en cuenta mediante avanza el proceso en la IED ORLANDO HIGUITA, para la identificación de talentos y remitirlos a los semilleros deportivos.
Obligación No 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	**AVANCE:** Se cuenta con el certificado de primer respondiente vigente, este se entregó en los plazos establecidos por el IDRD. **EVIDENCIA:** Copia certificado primer respondiente. **UBICACIÓN:** DRIVE CARPETA INFORME 3 OBLIGACION No 11. https://drive.google.com/drive/folders/1eBDkOBZ0fYdaWIlwYhA17nA_XQTdAt4h
Obligación No 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	**AVANCE:** Se da cumplimiento a esta obligación cumpliendo con todos los lineamientos establecidos por medio de la parte operativa y pedagógica del programa.
Obligación No 13: Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las	**AVANCE:** para este periodo no aplica esta obligación, pues no se ha presentado ningún evento. Sin embargo me encuentro en la mejor disposición para el momento que se requiera.

delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.	
Obligación No 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**AVANCE:** Se da cumplimiento a esta obligación promoviendo todas las competencias integrales de los niños, adolescentes y jóvenes de la IED Orlando Higuita siguiendo las directrices establecidas por el IDRD y los documentos guía establecidos en el Sistema Misional de Información.
Declaración: 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.	

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. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 115.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 147.900
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 22.600
	TOTAL	$ 286.000

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.

Firma Contratista
ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ
N° de Identificación: 1033688899

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

En el presente lapso el contratista cumplió a cabailidad con las obligaciones asignadas.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González cárdenas
N° de Identificación: 79747015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Vo.Bo 28/08/2020

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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.

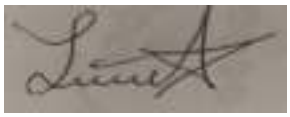
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.						**1269 de 2020**								
2	Nombre del Contratista	**PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO**													
3	Identificación	CC	**X**	CE			**1033688899**								
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**X**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**X**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**115.500,00**					Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**147.900,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.600,00**					Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente								
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $						Ahorro Voluntario Pensión $								
10	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									SI		NO	**X**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**X**		
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**X**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matricula 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**X**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**X**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **18** MM **8** AA **2020**

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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.

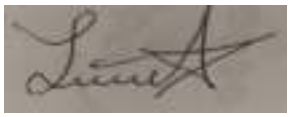
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.						**1269 de 2020**								
2	Nombre del Contratista	**PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO**													
3	Identificación	CC	**X**	CE			**1033688899**								
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**X**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**X**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**115.500,00**					Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**147.900,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.600,00**					Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente								
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $						Ahorro Voluntario Pensión $								
10	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									SI		NO	**X**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**X**		
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**X**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matricula 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**X**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**X**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2020**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033688899	ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ	kra 24 b 40 a 76 sur	4687528	angelgestor18@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2020-07	2020-07	I	14/08/2020	44678898	$286.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	115.500	0		0		0	0	0	0	115.500	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	147.900	0	0	0	0	0	0		147.900	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	22.600				22.600	0	0	22.600			226	22.600	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	115.500	115.500
Pensión	1	147.900	147.900
Riesgos Laborales	1	22.600	22.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	286.000	286.000

PAGADA 44678898

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	1033688899	ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ		kra 24 b 40 a 76 sur	4687528	angelgestor18@hotmail.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**	
2020-07	2020-07	I	14/08/2020	44678898	$286.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Exonerado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario 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	1033688899	PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO	59	0			N																	230301	924.000	147.900	0	0	0	0	EPS008	924.000	115.500	14-23	924.000	3	22.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Juan C. Gonzalez V.
C.C. 80.207.773
Gestor Operativo Zonal.
Apoyo a la Supervisión.

Vo.Bo 28/08/2020

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1033688899
NOMBRES	ANGEL LEONARDO
APELLIDOS	PATARROYO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Vo. Bo. Apoyo a la Supervisión

GESTOR IED
C.C. 1.022.385.803
ALEJANDRO PRIETO ARIAS
Vo. Bo. 27/08/2020

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	22/05/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/18/2020 10:56:57	**Estación de origen:**	190.26.138.227

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	**IBAGUE**	**25**	**25-46-101008544**	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	**08**	**2020**	**28**	**05**	**2020**	**00:00**	**16**	**03**	**2021**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
PATARROYO GOMEZ, ANGEL LEONARDO	**CC: 1033.688.899**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 24 N. 40 A - 76 SUR	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	4687528

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE	**NIT: 860.061.099-1**

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 63 NO.59A-06	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	6605400

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. IDRD-CTO-1269-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO DE ENSEÑANZA DE CENTRO DE INTERES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**28/05/2020**	**16/03/2021**	**$831,600.00**	**$600,600.00**

ACLARACIONES

MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO AL ACTA DE ADICION Y PRORROGA N.1 SE PRORROGA LA VIGENCIA POR EL TERMINO DE (1) MES MAS Y SE ADICIONA EL VALOR POR LA SUMA DE ($2.310.000).LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES.

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******8,000.00	$ *******7,000.00	$ *******2,850.00	$ **********17,850.00	$ **********831,600.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-46-101008544

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101008544	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	08	2020	28	05	2020	00:00	16	03	2021	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
PATARROYO GOMEZ, ANGEL LEONARDO	CC: 1033.688.899

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CRA 24 N. 40 A - 76 SUR	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	4687528

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE	NIT: 860.061.099-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CALLE 63 NO.59A-06	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	6605400

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · copidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******8,000.00	$ *******7,000.00	$ *******2,850.00	$ **********17,850.00	$ **********831,600.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415) 7709998021167 (8020) 11005608466523 (3900) 000000017850 (96) 20210528

REFERENCIA PAGO:

1100560846652-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101008544	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
17	08	2020	28	05	2020	00:00	16	03	2021	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	PATARROYO GOMEZ, ANGEL LEONARDO	**IDENTIFICACIÓN** CC:	1033.688.899
DIRECCIÓN: CRA 24 N. 40 A - 76 SUR	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	4687528

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE	**IDENTIFICACIÓN**	NIT: 860.061.099-1
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO.59A-06	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	6605400

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

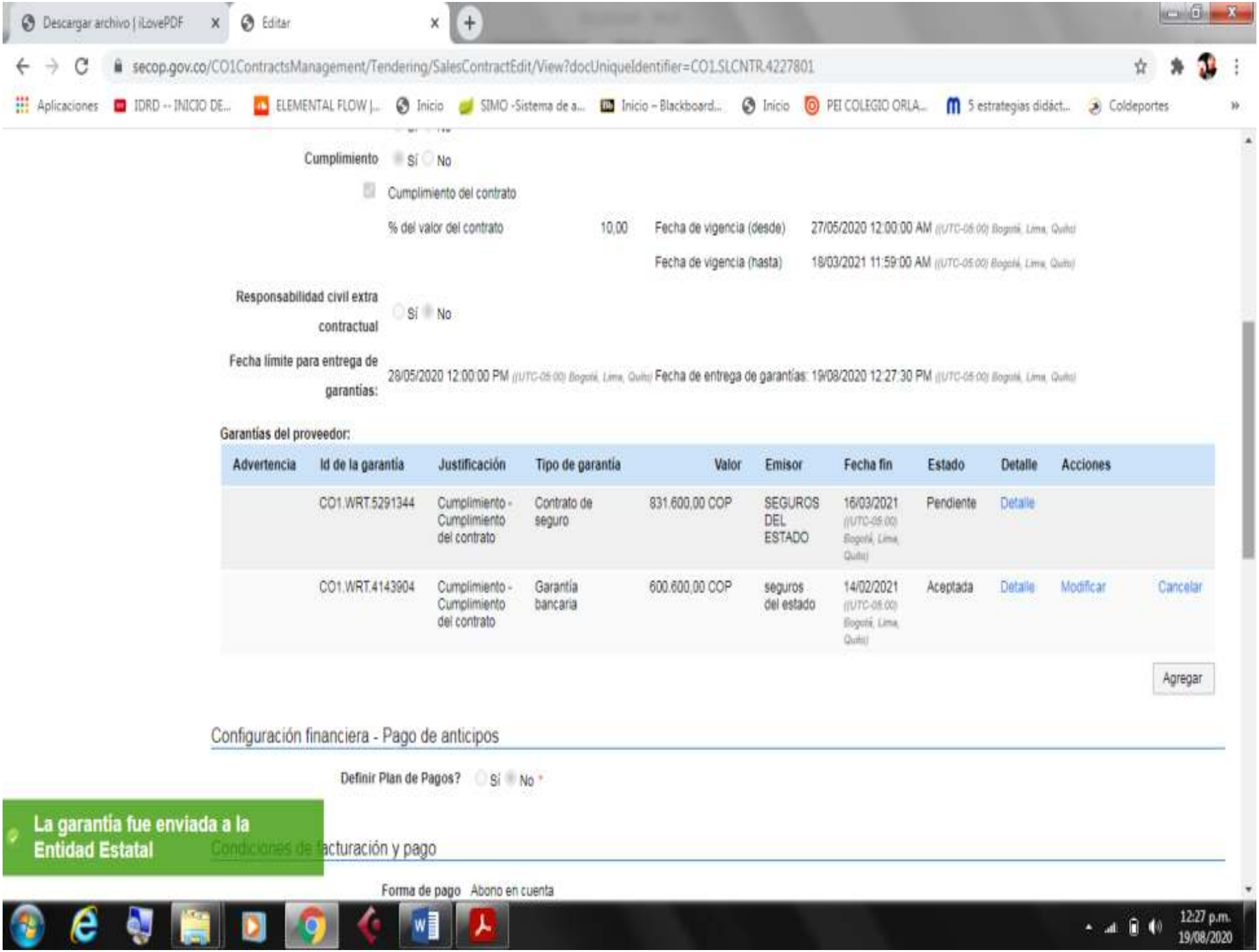
25-46-101008544

FIRMA TOMADOR

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

PAULALOPEZ

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


Descargar archivo | iLovePDF
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.4227801
Aplicaciones
IDRD -- INICIO DE...
ELEMENTAL FLOW |...
Inicio
SIMO -Sistema de a...
Inicio – Blackboard...
Inicio
PEI COLEGIO ORLA...
5 estrategias didáct...
Coldeportes
Cumplimiento Sí No
Cumplimiento del contrato
% del valor del contrato 10,00
Fecha de vigencia (desde) 27/05/2020 12:00:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Fecha de vigencia (hasta) 18/03/2021 11:59:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Responsabilidad civil extra contractual Sí No
Fecha límite para entrega de garantías: 28/05/2020 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Fecha de entrega de garantías: 19/08/2020 12:27:30 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Garantías del proveedor:
Advertencia | Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Detalle | Acciones
CO1.WRT.5291344 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 831.600,00 COP | SEGUROS DEL ESTADO | 16/03/2021 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Pendiente | Detalle
CO1.WRT.4143904 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Garantía bancaria | 600.600,00 COP | seguros del estado | 14/02/2021 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Aceptada | Detalle | Modificar | Cancelar
Agregar
Configuración financiera - Pago de anticipos
Definir Plan de Pagos? Sí No *
La garantía fue enviada a la Entidad Estatal
Condiciones de facturación y pago
Forma de pago Abono en cuenta
12:27 p.m. 19/08/2020

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

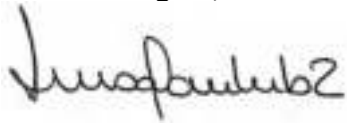
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1033688899 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 17/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 19/08/2020 y fecha hasta 18/09/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

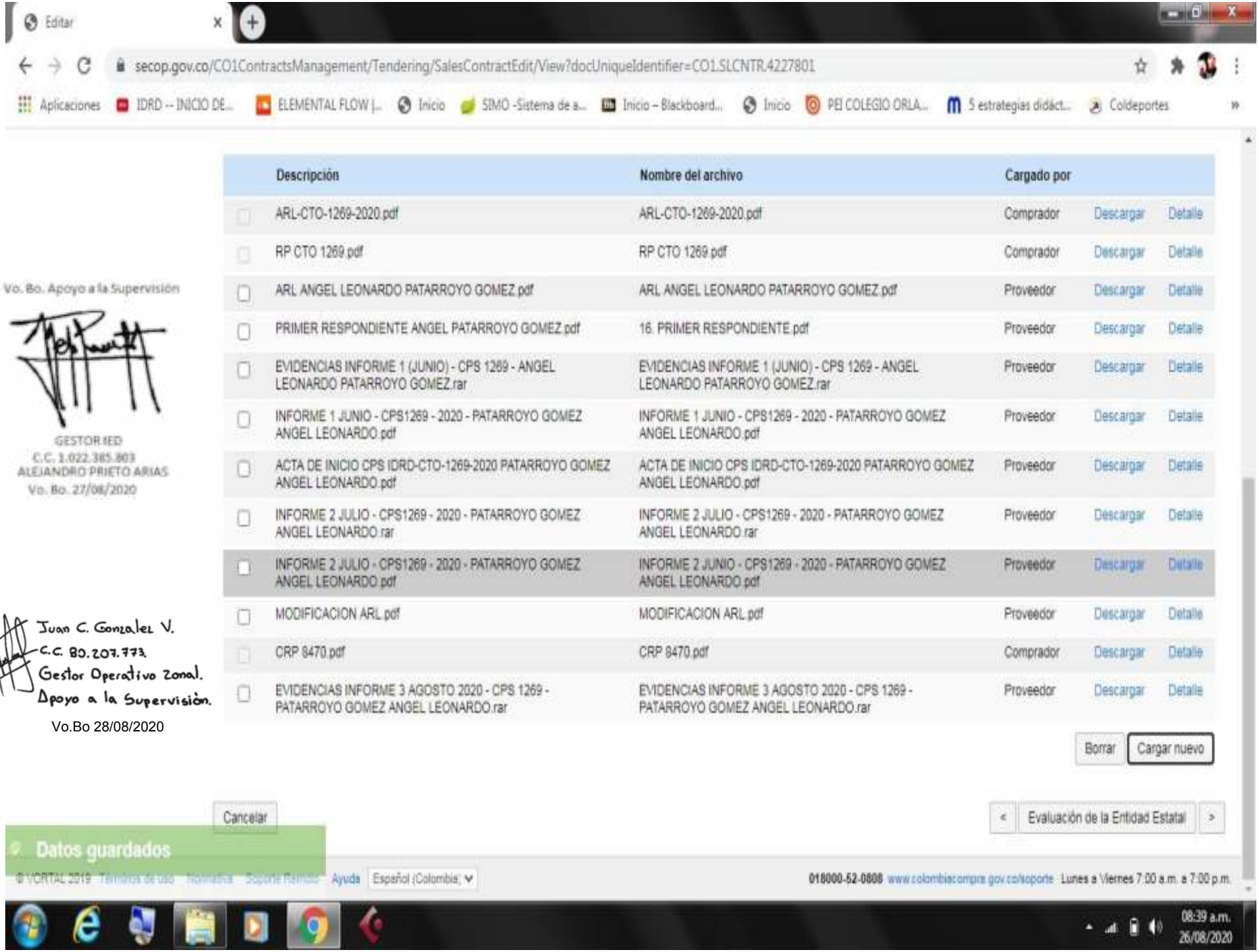
Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001018145027.

Dada en Bogotá, a los 18 días del mes de agosto de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.


Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.4227801
Aplicaciones
IDRD -- INICIO DE...
ELEMENTAL FLOW |...
Inicio
SIMO -Sistema de a...
Inicio – Blackboard...
Inicio
PEI COLEGIO ORLA...
5 estrategias didáct...
Coldeportes
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ARL-CTO-1269-2020.pdf
ARL-CTO-1269-2020.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
RP CTO 1269.pdf
RP CTO 1269.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
ARL ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ.pdf
ARL ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
PRIMER RESPONDIENTE ANGEL PATARROYO GOMEZ.pdf
16. PRIMER RESPONDIENTE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
EVIDENCIAS INFORME 1 (JUNIO) - CPS 1269 - ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ.rar
EVIDENCIAS INFORME 1 (JUNIO) - CPS 1269 - ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ.rar
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME 1 JUNIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
INFORME 1 JUNIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1269-2020 PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1269-2020 PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME 2 JULIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.rar
INFORME 2 JULIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.rar
Proveedor
Descargar
Detalle
INFORME 2 JULIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
INFORME 2 JUNIO - CPS1269 - 2020 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MODIFICACION ARL.pdf
MODIFICACION ARL.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CRP 8470.pdf
CRP 8470.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
EVIDENCIAS INFORME 3 AGOSTO 2020 - CPS 1269 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.rar
EVIDENCIAS INFORME 3 AGOSTO 2020 - CPS 1269 - PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO.rar
Proveedor
Descargar
Detalle
Vo. Bo. Apoyo a la Supervisión
GESTOR IED
C.C. 1.022.385.803
ALEJANDRO PRIETO ARIAS
Vo. Bo. 27/08/2020
Juan C. Gonzalez V.
C.C. 80.207.773
Gestor Operativo Zonal.
Apoyo a la Supervisión.
Vo.Bo 28/08/2020
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Datos guardados
© VORTAL 2019
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
08:39 a.m.
26/08/2020

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

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE

N.I.T. 8600610991

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

AREA DE PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No. 8470

Que en cumplimiento a lo establecido en el numeral 13 del articulo 25 de la ley 80 de 1.993, se ha constituido el registro presupuestal con cargo a la apropiacion del Articulo.

CÓDIGO PRESUPUESTAL		FUENTE	COMPONENTE	VALOR
3311601207854	Formación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en las disciplinas deportivas priorizadas, en el marco de la jornada escolar complementaria en Bogotá	**11030201**	**5103040075**	2,310,000.00

A favor de: ANGEL LEONARDO PATARROYO GOMEZ

Nit: 1033688899

POR UN VALOR DE $ 2,310,000.00

SEGUN : CONT.PRES.SERV.APOYO A LA GESTION - 1269

DISPONIBILIDAD : 2177

CON EL OBJETO:

4 ADICION Y PRORROGA AL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 1269-2020 SUSCRITO ENTRE EL IDRD Y PATARROYO GOMEZ ANGEL LEONARDO CUYO OBJETO ES PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERES

MODALIDAD DE SELECCIÓN: 10 CONTRATACION DIRECTA

DADO EN BOGOTA A LOS 18 DIAS DEL MES DE Agosto DE 2020,, SOLICITADO DEL DOCTOR (A): MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ

GILBERTO AUGUSTO ALMANZA HERNANDEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 10

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel. 660 54 00
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	ANGEL LEONARDO PATARROLLO GOMEZ	COORDINADOR	ALEJANDRO PRIETO ARIAS
FECHA REVISIÓN	2020-08-26 19:05:26	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ORLANDO HIGUITA RO	ORLANDO HIGUITA ROJAS,	1	**Lunes,08:00:00,10:00:00** 3-10-24-31 **Miercoles,08:00:00,10:00:00** 5-12-19-26	3-5-10-12-19-24-26		30	26
	ORLANDO HIGUITA ROJAS,	2	**Lunes,10:00:00,12:00:00** 3-10-24-31 **Miercoles,10:00:00,12:00:00** 5-12-19-26	3-5-10-12-19-24-26			
	ORLANDO HIGUITA ROJAS,	3	**Martes,09:00:00,11:00:00** 4-11-18-25 **Jueves,09:00:00,11:00:00** 13-20-27	4-11-13-18-20-25			
	ORLANDO HIGUITA ROJAS,	4	**Martes,13:00:00,15:00:00** 4-11-18-25 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 13-20-27	4-11-13-18-20-25			

FECHA - HORARIO	2020-08-19 (11:30:00 - 12:15:00)	TEMA	Pagos
FECHA - HORARIO	2020-08-24 (08:00:00 - 09:00:00)	TEMA	Actas, informes, guias
FECHA - HORARIO	2020-08-06 (18:00:00 - 19:00:00)	TEMA	Evaluacion de cobertura

Vo. Bo. Apoyo a la Supervisión

GESTOR IED
C.C. 1.022.385.803
ALEJANDRO PRIETO ARIAS
Vo. Bo. 27/08/2020

Juan C. Gonzalez V.
C.C. 80.207.773.
Gestor Operativo Zonal.
Apoyo a la Supervisión.

Vo.Bo 28/08/2020