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.	5		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	30	08	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-0715-2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208002011005 58E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUZ ADRIANA MUÑOZ MOSQUERA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	36.068.862	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión como ARI (Agente Recreativo Incluyente) para planear, programar y ejecutar actividades orientadas al reconocimiento de las habilidades y capacidades de la población con discapacidad brindando oportunidades para su inclusión y participación comunitaria en igualdad de condiciones.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	NUEVE (9) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Veintiún millones novecientos cuarenta y cinco mil pesos ($21.945.000).	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	1 de Abril de 2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	31 diciembre de 2020	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		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
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DE 1 AGOSTO AL 30 DE AGOSTO DE 2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE 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)

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	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Realizar el procedimiento de identificación, revisión, visita diagnóstica y priorización de los colectivos, grupos, instituciones y comunidades de personas con discapacidad para la elaboración del Plan de Intervención Recreativa, acorde a las condiciones y expectativas de la población a atender.	**AVANCE:** Se realiza el proceso de identificación y priorización según las UPZ establecidas por la coordinación. Kennedy Central y Carvajal de la localidad de Kennedy. Se hace acercamiento con diferentes instituciones y grupos de la localidad. se identifica una nueva institución asociación hogar para el niño especial AHPNE UPZ AMERICAS. UPZ no priorizada. Se sigue en busca de instituciones para poder hacer intervención con actividades recreativas en diferentes UPZ. Se está atenta a la línea psicosocial de lunes a viernes haciendo intervención llamando a funcionarios según el listado brindado por la coordinación del equipo. **EVIDENCIA:**- Bitácora, -Base de datos **UBICACIÓN:** - Drive zona adaptada 2020, carpeta Adriana Muñoz.

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)

Obligación No. 2: Elaborar la programación mensual del territorio asignado, organizando, preparando, confirmando, ejecutando y registrando la totalidad de actividades recreativas orientadas a la inclusión de las comunidades intervenidas por el Programa, diligenciarla y entregar reporte en los sistemas, formatos y tiempos definidos, previa aprobación del Gestor ARBC.	**AVANCE:** Para este periodo cree las diferentes propuestas de intervención llevando los lineamientos del programa, se envía programación al gestor para su revisión y luego se registra en plataforma SIM**.** **233444- 233447- 233496- 233689- 233920- 233922- 233923-233925- 233927- 233929- 233932-233935- 233940- 233982- 233985-233994-233999- 234001- 234029- 234034- 234038- 234040- 234497- 234904** Confirme durante el periodo cada actividad con las instituciones a través de: WhatsApp y llamada telefónica. **EVIDENCIA:** -Bitácora. -Registro fotográfico **UBICACIÓN:** -WhatsApp RIN 2020 - Drive zona adaptada 2020, carpeta Adriana Muñoz
Obligación No. 3: Elaborar e implementar los juegos, elementos y materiales necesarios para la ejecución del plan de intervención aprobado, realizando las adaptaciones y ajustes necesarios según las condiciones de la población a atender.	**AVANCE:** Realice implementación con Material reciclado para hacer el ejercicio con los grupos intervenidos con las Eco aventuras y campamentos. Elabore videos con las actividades a realizar con la actividad reconociendo nuestras habilidades y se enviaron a las instituciones que se le programaron actividades guiadas por envió. Fortaleciendo el valor del mes asignado por la coordinación. CONFIANZA. **EVIDENCIA:** -Bitácora - Registro fotográfico -Facebook live IDRD **UBICACIÓN:** - Drive zona adaptada 2020 - WhatsApp de RIN SOCIAL 2020 -Facebook live IDRD

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)

Obligación No: 4. Realizar el registro estadístico de las comunidades, colectivos, organizaciones, familias y personas atendidas desde el Programa Recreación Incluyente, actualizando y entregando cada tres (3) meses las bases de datos comunitarias, institucionales y domiciliarias al Gestor ARBC.	**AVANCE:** Para este periodo se actualizo la base de datos de la localidad de Kennedy. Y se hace intervención a las diferentes instituciones: COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES SEDE B JM. COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES SEDE B JT. UNIDAD DE SALUD MENTAL FLORALIA (HOSPITAL DIA). COLEGIO LAS AMERICAS IED JT. FUNDACION BATUTA. GRUPOS DEL PROYECTO 1113. FUNDACION EMANUEL. FUNDACION AVANCEMOS JUNTOS. FUNDACION CREANDO FUTURO. COLEGIO ISABEL II. Se ha programado dos actividades para las diferentes intervenciones del mes de agosto para cada institución, además. Se atienden los diferentes colectivos con la propuesta Recreativa que se dio a conocer en reunión con los profesionales, donde se destacó y se conoció las necesidades de cada población. Se programa con el profesional las fechas y horarios, se envía invitación por las diferentes plataformas, zoom o meet. Para este mes se atiende población enviando video con actividades y luego se recibe evidencia por parte de la población. **EVIDENCIA:** -Base de datos -Drive. **UBICACIÓN:** -Drive zona adaptada 2020 carpeta Adriana Muñoz
Obligación No: 5. Utilizar y responder por el buen uso del material recreativo, de consumo, y demás elementos, entregados para la ejecución del contrato, así mismo portar adecuadamente las prendas institucionales suministradas y carné dentro de cada una de las actividades ejecutadas como parte de su identificación.	**AVANCE:** Para este tiempo porte adecuadamente el uniforme, completo para el desarrollo de las actividades que lo requieren, incluyendo el carné. **EVIDENCIA:** -Registro Fotográfico -Formato de evidencias **UBICACIÓN:** -Drive de la zona adaptada -WhatsApp RIN SOCIAL 2020

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)

Obligación No: 6. Informar permanentemente a la comunidad atendida sobre las campañas institucionales que promueven la construcción de hábitos de vida saludable y el fortalecimiento de competencias ciudadanas, en los medios e instrumentos definidos por el Gestor ARBC y promover la participación de los usuarios del Programa en las actividades lideradas por el IDRD en los diferentes escenarios y espacios públicos recreativos del Distrito Capital.	**AVANCE:** Informe de manera continua a los grupos de la localidad de Kennedy de las actividades realizadas por Facebook live, enviando mensajes de WhatsApp, además los he colocado en mi estado de WhatsApp y perfil personal de Facebook e Instagram, se invita a la comunidad a visitar la página del IDRD www.idrd.gov.co **EVIDENCIA:** -WhatsApp personal del ARI -Bitácora. **UBICACIÓN:** - Drive zona adaptada 2020, carpeta Adriana Muñoz.
Obligación No: 7. Aplicar las orientaciones entregadas por la Supervisión en la Cartilla Metodológica para la cualificación permanente de la atención recreativa a la población con discapacidad su familias y cuidadores.	**AVANCE:** Se reciben instrucciones del equipo de coordinación en las diferentes reuniones de fortalecimiento técnico se hacen los ajustes del documento “cartilla”. Se dio inicio a la atención de las poblaciones de las UPZ de la localidad de Kennedy siguiendo las orientaciones que allí se encuentra en la programación, planeación y ejecución de las actividades. **EVIDENCIA**: -Bitácora **UBICACIÓN:** -Bitácora -Drive zona adaptada 2020, carpeta Adriana Muñoz.

Obligación No: 8. Asistir a las reuniones de carácter distrital, zonal y local, programadas por el Área de Recreación, por la Coordinación del Programa, y las requeridas en los territorios asignados, reportando la asistencia y participación en estos espacios en los términos y formatos definidos por la Supervisión.	**AVANCE:** Asistí a las reuniones zonales los días:3,10 y 24 trabajando temas como: programación, fortalecimiento de temas para las actividades a ejecutar, base de datos y UPZ priorizadas, metas e informe mensual. Reunión Equipo Local 12 de agosto, temas tratados población y comunidad atendida de las UPZ priorizadas. Reporte de actividades que se realizan desde cada programa hacia la localidad. Asistí a la reunión del Equipo Psicosocial día 24 de agosto estrategia psicosocial apertura de parques. Realice propuesta en conjunto con el equipo psicosocial para la estrategia **EVIDENCIA:** -Registro fotográfico -Bitácora Archivo personal ARI **UBICACIÓN:** - Drive zona adaptada 2020, carpeta Adriana Muñoz
Obligación No: 9. Asistir a las jornadas de fortalecimiento técnico de formación planeadas y ejecutadas por los Gestores ARBC y el Programa Recreación Incluyente según cronograma definido previamente.	**AVANCE:** Para este periodo no se convocó a fortalecimiento técnico. **EVIDENCIA: N/A** **UBICACIÓN: N/A**
Obligación No: 10 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 co n t r a c t u a l . Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales o Internacionales deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de	**AVANCE:** Asistí a la reunión del CLD de Sumapaz el día 14 de agosto. Asistí el día 26 de agosto a la reunión de la maya intersectorial recreación, salud, integración social, (CLD). Creando actualización de oferta local. -Realice apoyo al lanzamiento apertura de parques el día domingo 30 de agosto en el parque Gustavo Uribe de la localidad de Chapinero. - Asistí a la reunión del Equipo Psicosocial día 24 de agosto estrategia psicosocial apertura de parques. Asistí a reunión con el equipo psicosocial y Realicé propuesta en conjunto con el equipo para la

Recreación y Deportes del IDRD o Jefatura de Recreación	estrategia apertura de parques el día 24 de agosto hora: 6:00pm. Se asiste a la jornada de capacitación de Bioseguridad el día jueves 27 de agosto Hora: 7:00am. **EVIDENCIA:** Invitación vía correo electrónico para la reunión por la plataforma Meet. -Registro fotográfico -Bitácora -registro en el grupo RIN social 2020 **UBICACIÓN:** - Drive zona adaptada 2020, carpeta evidencias Adriana Muñoz
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

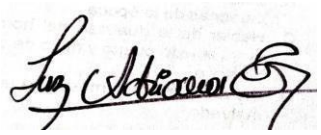
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	$ 115.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$ 147.900
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 22.600
	TOTAL	$ 286.000

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

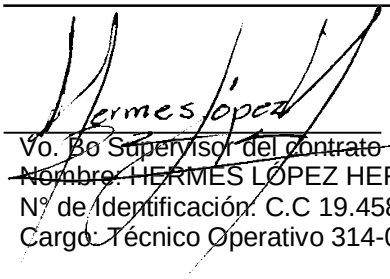
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual



Firma Contratista

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

Cumple con las obligaciones contractuales pactadas y aspectos técnicos



Vo. Bo Supervisor del contrato
Nombre: HERMES LÓPEZ HERNÁNDEZ
N° de Identificación: C.C 19.458.320
Cargo: Técnico Operativo 314-07

SOPORTE A LA GESTIÓN Y EJECUCIÓN LOCAL MES: AGOSTO
IDRD-CTO-0715-2020

CONCEPTO GESTOR ARBC:

- Muy participativa en las reuniones zonales y locales dando aportes y sugerencias
- Envía puntualmente la programación del mes de septiembre.
- Asiste al consejo local de Sumapaz en el mes de agosto
- Inicia nuevamente para este mes con el apoyo psicosocial

NOMBRE COMPLETO: **ERVIN GONZÁLEZ**
DOC IDENTIFICACIÓN: C.C. **91'015.957**

CONCEPTO COORDINACIÓN:

Aplica orientaciones y lineamientos técnicos.

MARIA DEL AMPARO WISWELL AREVALO
N° de Identificación: C.C 42.076.874

Cargo: Profesional especializado 06 – Área de Recreación

NOTA DE DILIGENCIAMIENTO
Se deben registrar las observaciones realizadas al cumplimiento de las obligaciones contractuales, en lo pertinente a las relacionadas con las acciones de articulación y ejecución, actitud y cumplimiento de metas.

BITACORA MES DE AGOSTO LOC. KENNEDY							
	DOMINGO	**LUNES**	**MARTES**		**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**
FECHA				**FECHA**			
MAÑANA				**MAÑANA**			
TARDE				**TARDE**			
FECHA	**2**	**3**	**4**	**FECHA**	**5**	**6**	**7**
MAÑANA	DOCUMENTACIÓN PARA LA CREACION DE ACTIVIDADES PARA LAS UPZ PRIORIZADAS. CONFIRMACIÓN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA	**REUNION EQUIPO ZONAL.**	PARTICIPACION EN EL FACEBOOK LIVE, ENVIO DE INVITACION A INSTITUCIONES PARA ACTIVIDADES DE LA SEMANA.	**MAÑANA**	DOCUMENTACIÓN PARA LA CREACION DE ACTIVIDADES PARA LAS UPZ PRIORIZADAS. CONFIRMACIÓN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA	**REUNION EQUIPO ZONAL.**	PARTICIPACION EN EL FACEBOOK LIVE, ENVIO DE INVITACION A INSTITUCIONES PARA ACTIVIDADES DE LA SEMANA.
TARDE		CREACION DE MATERIAL, VIDEOS, INFOGRAFIAS PARA LAS DIFERENTES INTERVENCIONES.CONFIRMACIÓN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA		**TARDE**		CREACION DE MATERIAL, VIDEOS, INFOGRAFIAS PARA LAS DIFERENTES INTERVENCIONES.CONFIRMACIÓN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA	
FECHA	**9**	**10**	**11**	**FECHA**	**12**	**13**	**14**
MAÑANA	Registro de actividades en plataforma SIM.	REUNION EQUIPO ZONAL	PARTICIPACION DEL FACEBOOK LIVE. RECONOCIMIENTO DE NUESTRAS HABILIDADES PROYECTO 1113. **ID 233920**	**MAÑANA**	Registro de actividades en plataforma SIM.	REUNION EQUIPO ZONAL	PARTICIPACION DEL FACEBOOK LIVE. . RECONOCIMIENTO DE NUESTRAS HABILIDADES PROYECTO 1113. ID 233921
TARDE			REPORTE DE ACTIVIDADES EN PLATAFORME SIM, ENVIO DE INVITACION PARA ENCUENTRO INSTITUCIONES DE LA SEMANA.	**TARDE**			REPORTE DE ACTIVIDADES EN PLATAFORME SIM, ENVIO DE INVITACION PARA ENCUENTRO INSTITUCIONES DE LA SEMANA.

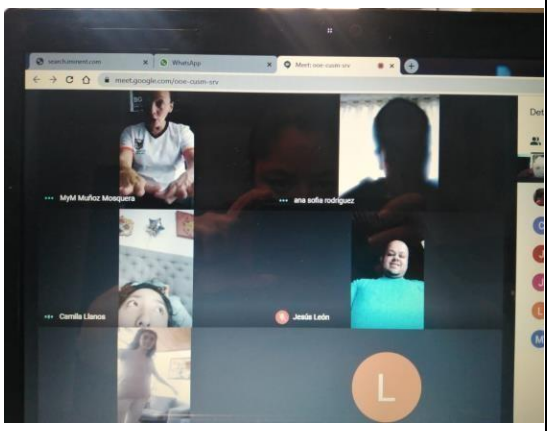
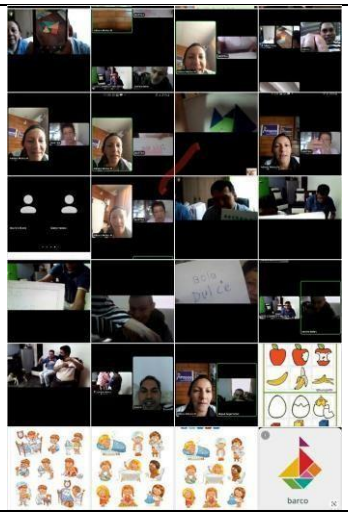
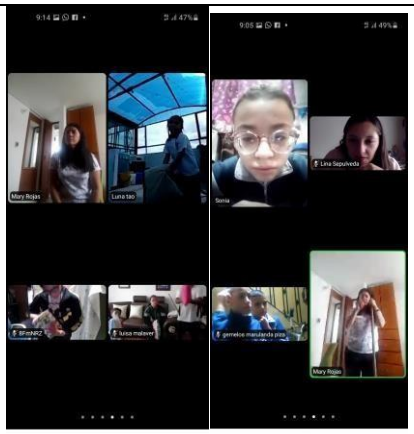
FECHA	16	17	18	FECHA	19	20	21
MAÑANA	ENVIO DE INVITACIÒN A INSTITUCIONES PARA LA INTERVENCION DE LA SEMANA.	CONFIRMACIÒN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA	PARTICIPACION EN EL FACEBOOK LIVE	MAÑANA	ENVIO DE INVITACIÒN A INSTITUCIONES PARA LA INTERVENCION DE LA SEMANA.	CONFIRMACIÒN DE ACTIVIDADES EN PLATAFORMA	PARTICIPACION EN EL FACEBOOK LIVE
TARDE			COLEGIO LAS AMERICAS IED JT. RECREOLYMPIADA ID **233927** HORA: 10.30	TARDE			COLEGIO LAS AMERICAS IED JT. RECREOLYMPIADA ID **233927** HORA: 10.31
FECHA	**23**	**24**	**25**	**FECHA**	**26**	**27**	**28**
MAÑANA	CONFIRMACIÒN DE ACTIVIDASDE EN PLATAFORMA. PLANEACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES SEPTIEMBRE	REUNION ZONAL 10 AM, CON EL LICENCIADO HERMES LOPEZ. 12:00 REUNION EQUIPO PSICOSOCIAL	ECOAVENTURA CAMPAMENTO. COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES JM. ID **233994. PLANEACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES SEPTIEMBRE**	MAÑANA	CONFIRMACIÒN DE ACTIVIDASDE EN PLATAFORMA. PLANEACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES SEPTIEMBRE	REUNION ZONAL 10 AM, CON EL LICENCIADO HERMES LOPEZ. 12:00 REUNION EQUIPO PSICOSOCIAL	ECOAVENTURA CAMPAMENTO. COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES JM. ID **233994.** PLANEACION DE ACTIVIDADES PARA EL MES SEPTIEMBRE
TARDE		4:00:00 PM.REUNION CON EL EQUIPO PSICOSOCIAL ESTRATEGIA APERTURA DE PARQUES	ECOAVENTURA CAMINATA IED CARLOS ARTURO TORRES GRUPO 2 JT. 233999. ENVIO DE PROPUESTA AL EQUIPO PSICOSOCIAL ESTRATEGIA DE PARQUES :6:00pm	TARDE		4:00:00 PM.REUNION CON EL EQUIPO PSICOSOCIAL ESTRATEGIA APERTURA DE PARQUES	ECOAVENTURA CAMINATA IED CARLOS ARTURO TORRES GRUPO 2 JT. **233999**. ENVIO DE PROPUESTA AL EQUIPO PSICOSOCIAL ESTRATEGIA DE PARQUES :6:00pm
FECHA	**30**	**31**					
MAÑANA	APOYO EN EL PARQUE GUSTAVO URIBE LOCALIDAD DE CHAPINERO.	**FORTALECIMIENTO TECNICO**					
TARDE		TALLER ESCUELA OSTEOMUSCULAR - MIEMBROS SUPERIORES HORA: 10 AM IDRD RECURSOS HUMANOS					

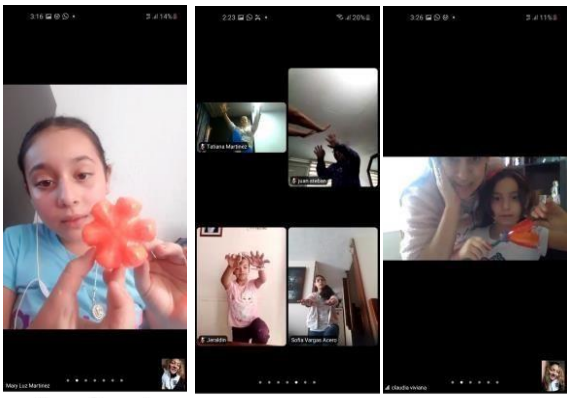
INSTITUCIONES PRIORIZADAS					
ACTIVIDADES	FUNDACION EMMANUEL	FUNDACION AVANCEMOS JUNTOS	F. CRECIENDO EN FAMILIA	-UNIDAD DE SALUD MENTAL	COLEGIO IED LAS AMERICAS JT.
RECONOCIENDO NUESTRAS HABILIDADES	1	1	1	1	
ECO AVENTURA CAMPAMENTO					1
ECO AVENTURA CAMINATA					1
REDSENSIBILIZANDO					
RECREOLYMPIADAS	1	1		1	
RECORRIENDO MI CIUDAD			1		
ACTIVIDADES	FUNDACION BATUTA	COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES JM	PROYECTO 113	ISABEL II GRUPO 1	F. CREANDO FUTURO
RECONOCIENDO NUESTRAS HABILIDADES	1	1	1		
ECO AVENTURA CAMPAMENTO					
ECO AVENTURA CAMINATA		1			1
REDSENSIBILIZANDO			1	1	
RECREOLYMPIADAS					
RECORRIENDO MI CIUDAD					1

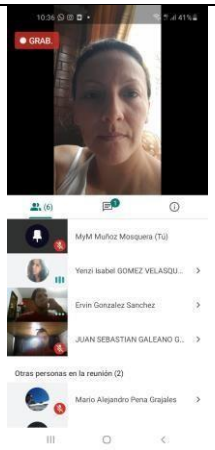
ACTIVIDADES	COLEGIO CARLOS ARTURO TORRES JT	ISABEL II GRUPO 2			
RECONOCIENDO NUESTRAS HABILIDADES					
ECO AVENTURA CAMPAMENTO		1			
ECO AVENTURA CAMINATA	2				
REDSENSIBILIZANDO					
RECREOLYMPIADAS					
RECORRIENDO MI CIUDAD					

ACTIVIDADES					TOTAL
RECONOCIENDO NUESTRAS HABILIDADES					7
ECO AVENTURA CAMPAMENTO					2
ECO AVENTURA CAMINATA					5
REDSENSIBILIZANDO					2
RECREOLYMPIADAS					3
RECORRIENDO MI CIUDAD					2
CLD SUMAPAZ					1
Nota: Actividad/Pax a atender					22

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

	
FUNDACION AVANACEMOS JUNTOS RECONOCIENDO NUESTRAS HABILIDADES	FUNDACION EMMANUEL RECREOLYMPIADA
	
RECONOCIENDO MI CIUDAD F. CREANDO FUTURO	IED ISABEL II RECREOLYMPIADA

	
ECOAVENTURA CAMINATA IED CARLOS ARTURO TORRES JM.	ECOAVENTURA IED CARLOS ARTURO TORRES JT.

	
UNIDAD DE SALUD MENTAL RECREOLYMPIADA	REUNION ZONAL
	
PARTICIPACION DEL FACEBOOK LIVE	FUNDACION CRECIENDO JUNTO ECOAVENTURA

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 esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

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.	**IDRD-CTO - 0715 - 2000**												
2	Nombre del Contratista	**LUZ ADRIANA MUÑOZ MOSQUERA**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**36.068.862**						
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	**REGIMEN SIMPLE**	
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO	**X**
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**
7	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 inmediatamente anterior (2019). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo										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	**X**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo										SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil 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 entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (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 ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	36068862-	LUZ ADRIANA MUÑOZ MOSQUERA				2020	7	2020	4470920		PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Celle 22 Sur. No. 69-59 Int. 14 Apto. 103	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	3203723471		ADRIANAMYMGERENCIA@GMAIL.C	7490	0	1	2020/08/13	710912635

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	115.500	0		0		0	115.500	0	0	0	115.500	0		0	0	115.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	147.900	0	0	0	0	0	0	147.900	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	22.600		0	0	22.600
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	22.600		0	226	22.600

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,IMAIRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	147.900	147.900
SALUD	115.500	115.500
RIESGOS LABORALES	22.600	22.600
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	286.000	286.000

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



LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																				VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUSPEN SIÓN COTIZA CIÓN	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALU	UPC ADICIONA
1	CC	36068862	MUÑOZ MOSQUERA LUZ ADRIANA	EPS005	230201																				924.000	924.000	0	924.000	0			147.900	0		115.50	

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