



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

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-3398-2024
No. EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701604901E

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ
N° DE IDENTIFICACIÓN	79728379
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS
PLAZO DE EJECUCIÓN	3 meses
VALOR	\$8.592.000
FECHA ACTA DE INICIO	2024-09-16
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO
SUSPENSIONES	2024-10-05 - 2024-10-14, 2024-12-07 - 2025-01-19
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-02-08
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-11-01 AL 2024-11-30

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
<p>Obligación 1 Planear cada una de las sesiones de clase y/o actividades de recreación pedagógica y psicopedagógica del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento/desplazamientos a los escenarios deportivos (cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p>Pará este periodo reportado se realizaron las actividades con los estudiantes de la I.E.D ALQUERIA LA FRAGUA y se realizaron las planeaciones de las sesiones con los grupos asignados como se relacionan a continuación: Grupo 1 Martes y Jueves de 9:00 am a 11:00 am los días 5, 12, 19, 21 y 26 - Grupo 2 Martes y Jueves de 12:00 pm a 2:00 pm los días 5, 7, 12, 19, 21 y 26. Evidencia: planeaciones, reporte Sim y asistencias. Ubicación Secop II en el ítem 7 "ejecución del contrato", sección documentos de ejecución de contrato en la Carpeta Evidencias 1 Informe noviembre 2024, parte 1 Subcarpeta de la obligación 1</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>  <p>ARCHIVO DE EVIDENCIAS</p>
<p>Obligación 2 Asistir y realizar las sesiones de clase y/o cualquier actividad complementaria necesaria para el adecuado desarrollo del proyecto, prestando sus servicios, de manera presencial, conforme con las indicaciones establecidas por el supervisor del contrato, o por medio de plataformas virtuales, y/u otras modalidades de ejecución alternativas que resulten necesarias y le sean asignadas, para el buen desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas por el proyecto.</p>	<p>Para este periodo no se programaron reuniones convocadas por los gestores IED y los profesionales del componente psicosocial</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>
<p>Obligación 3 Solicitar a la instituciones educativas distritales-IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), estableciendo el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su estudiante y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesario, en el formato establecido.</p>	<p>Se hace la solicitud por parte del formador del centro de interés PORRAS a la institución educativa LA ALQUERIA LA FRAGUA, la cual se comprometió en brindar la documentación solicitada tan pronto se termine el registro y se consolide la información de los estudiantes de la IED.</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>
<p>Obligación 4 Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p>	<p>Para este periodo no se identificaron estudiantes que cumplan con lo requerido para esta obligación, no obstante, se está en la detección de estudiantes que cumplan con estas características.</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>
<p>Obligación 5 Asistir, participar y/o apoyar las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto, los entrenamientos deportivos, mediciones o valoraciones físico-atleticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de los subdirección de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	<p>Para este periodo se realizó el apoyo de fortalecimiento, participando en el festival zonal realizado en las canchas del PRD el día 14 de noviembre, también se participo en el encuentro zonal para la realización de in balance final de la zona el día 28 de noviembre en el parque Glima Jiménez. Evidencia fotográfica, Ubicación Secop II en el ítem 7 "ejecución del contrato", sección documentos de ejecución de contrato en la Carpeta Evidencias 5 Informe noviembre 2024, parte 1 Subcarpeta de la obligación 5</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>  <p>ARCHIVO DE EVIDENCIAS</p>
<p>Obligación 6 Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.</p>	<p>Se esta presto y en la disposición de dar cumplimiento en las demás obligaciones que sean requeridas o relacionadas para dar cumplimiento con el objeto contractual.</p> <p>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</p>

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 periodo 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.

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$31.700
	TOTAL	\$402.200

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.

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.



VoBo Supervisor del contrato

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	
2024-10	2024-10	I	25/11/2024	82024122	\$403.400	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	4	100	31.800			317	31.800	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79728379	JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ		carrera 72 # 23-24 interior 22 apto 301	6590936	JKISSCHEERS@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	25/11/2024	82024122	\$403.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiza. exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	79728379	QUICENO DIAZ JOHN GABRIEL	57	0	N																					230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA