

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 N°

FECHA DEL INFORME

1

2024-09-30

No. DEL CONTRATO Y FECHA

IDRD-STRD-CPS-3398-2024

No. EXPEDIENTE VIRTUAL



2024800701604901E

1° INFORMACIÓN GENERAL

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	2024-09-16 AL 2024-09-30

2° DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el periodo 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 1 Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial 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>Pará este período reportado se realizaron las actividades con los estudiantes de la I.E.D ESMERALDA ARBOLEDA CADAVID y se realizaron las planeaciones de las sesiones con los grupos asignados como se relacionan a continuación: Grupo 1 Lunes - Miércoles 10:00 am a 12:00 pm los días 23, 25 y 30, Grupo 2 Lunes - Miércoles 12:00 pm a 2:00 PM los días 23,25 y 30 , Grupo 3 Martes - Jueves 10:00 am a 12:00 pm los días 24 y 26 , Grupo 4 Martes - Jueves 12:00 pm a 2:00 pm los días 24 y 26.</p> <div><div>LINK DE EVIDENCIAS</div><div></div><div>ARCHIVO DE EVIDENCIAS</div></div>
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>: He asistido a reuniones convocadas por los gestores IED y los profesionales del componente psicosocial como se relacionan a continuación: Septiembre 19 Reunión operativa pedagógica Alejandro Prieto , presentación formadores IED Esmeralda Arboleda Cadavid . Septiembre 23 Reunión operativa pedagógica Alejandro Prieto , capacitación portal contratista y pagos, visual meet, Septiembre 26 Reunión Justificación de sesiones Alejandro Prieto.</p> <div><div>LINK DE EVIDENCIAS</div><div></div><div>ARCHIVO DE EVIDENCIAS</div></div>
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 acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesario, en el formato establecido.	<p>Se hace la solicitud por parte del formador del centro de interés PORRAS a la institución educativa ESMERALDA ARBOLEDA CADAVID, 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> <div><div>NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS</div></div>

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.	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. NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS
Obligación 5 Asistir, participar y/o apoyar las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto, los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, 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 las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	Para este periodo no se realizó apoyo de fortalecimiento, pero se esta presto y atento en el momento que sea requerido. NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS
Obligación 6 Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.	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. NO HAY EVIDENCIAS ADJUNTAS

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.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APOORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APOORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$0
	TOTAL	\$0

VER PLANILLA DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL

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.

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 contratista



VoBo Supervisor del contrato



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que John Gabriel Quiceno Diaz, identificado(a) con CC número 79728379, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79728379
NOMBRES Y APELLIDOS	John Gabriel Quiceno Diaz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	10/06/1979
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	56 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2019
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 79728379 JOHN GABRIEL QUICENO
DIAZ Desde 01/07/2022 - Vigente

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.728.379**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



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, **JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ** identificado con **CC No. 79728379**, 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: 11/09/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 10/09/2024 Fecha fin de Contrato: 13/12/2024 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 prórroga 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): 202401019711588.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

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