

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.
04
FECHA DEL INFORME
31-07-2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-0476-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CHRISTIAN CAMILO QUINTERO QUINTERO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1013584469
PLAZO DE EJECUCIÓN	4 meses
VALOR	\$ 11.456.000
FECHA ACTA DE INICIO	23/04/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	22/08/2024
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-07-01 - 2024-07-30
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

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
<p>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 de manera presencial, virtual y/o alternativas 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 presencial y/o virtual 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>Se me Asigna una nueva IED en la zona 6, el colegio Estanislao Zuleta del barrio Alfonso López.</p> <p>Se realizó la presentación al cuerpo directivo y a los docentes. Iniciamos el trabajo del cronograma de los horarios en los que vamos a impactar a los escolares del ciclo II y III, reconocimos el escenario deportivo y el material con el cual contamos en la IED para el centro de interés de voleibol.</p> <p>Se nos asignaron los grupos de trabajo para crearlos en la plataforma SIM, y se planearon las sesiones clase con la información de la malla de voleibol.</p> <p>Los grupos quedaron creados de la siguiente manera:</p> <p>Se divide en 4 grupos de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Grupo 1 7:30 a 9:30 am ? Grupo 2 9:30 a 11:30 pm ? Grupo 3 9:30 a 11:30 am ? Grupo 4 12:30 a 2:30 pm <p>Evidencia: Reporte y sesiones SIM</p>
<p>Obligación 2 Conocer 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, 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 necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>Se está recopilando la documentación de los escolares con la docentes enlaces de la IED Estanislao Zuleta, por el momento se tiene la base de datos de los estudiantes mas no sus prescripciones medicas ni las EPS, pero se esta trabajando en conjunto con la docente enlace para tener recopilada esa información para el siguiente periodo-</p>

<p>Obligación 3 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>En este periodo de actividades no se logra identificar posibles talentos o escolares destacados en el centro de interés de voleibol. Ya que hasta ahora se inicio el proceso deportivo en la IED Estanislao Zuleta y los niños, niñas y adolescentes están realizando actividades pre deportivas para conocer y acercarse a el deporte. Estaremos pendientes en el mes de agosto en el desarrollo y evolución de cada sesión para identificar posibles talentos que podamos reportar para apoyar a semilleros.</p>
<p>Obligación 4 Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como 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.</p>	<p>En este periodo de actividades participe en las siguientes reuniones:</p> <p>Día 30-07-2024 Teme: Reunión para guiar y ayudarnos a él cargue de los informes y pagos. Lugar: Plataforma Google Meet</p> <p>Día 26-07-2024 Tema: Reunión para inducción del cargue de los informes y pagos. Lugar: Salón presidencial B IDRD</p> <p>Día 22-07-2024 Tema: Reunión para verificar material e inventario. Lugar: IED Estanislao Zuleta</p> <p>Día 17-07-2024 Tema: Reunión con el rector el gestor IED y los formadores para presentarnos y organizar el cronograma. Lugar: IED Estanislao Zuleta</p> <p>Día 12-07-2024 Tema: Reunión componente psicosocial Lugar: Plaza de los artesanos</p> <p>Día 09-07-2024 Tema: Reunión presentación componentes del proyecto Lugar: IDRD salón presidencial</p> <p>Evidencia: Fotos y actas.</p>

<p>Obligación 5 El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, ¿por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte IDR. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.</p>	<p>Para la ejecución de mi contrato no cuento con ninguna inhabilidad y adopto las medidas necesarias para evitar el conflicto de intereses.</p> <p>Evidencia: Cumpló mi contrato sin ningún tipo de interés acatando con todo lo estipulado en cada una de las obligaciones contractuales.</p>
<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 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</p>	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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

[Ver Archivo Anexo](#)

4. ANEXOS

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



Firma Contratista

Nombre Completo: CHRISTIAN CAMILO QUINTERO QUINTERO

No. Identificación: 1013584469

Cargo: CONTRATISTA

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

El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor

Nombre Completo: WILLIAM RENE TORRES AGUDELO

No. Identificación: 80240522

Cargo: ASESOR 105-01

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 0476 de 2024, suscrito entre el IDR D y CHRISTIAN CAMILO QUINTERO QUINTERO identificado con C.C 1013584469, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. SI NO

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) SI NO

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta SI NO

D. Soy responsable de Iva SI NO

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de:

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2023 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) SI NO

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

• Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario SI NO

• Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI NO

• Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (% de 1 a 100) (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8). A mi favor

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2023 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** **NO**
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.
4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** **NO**
Anexar copia del pago.
5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** **NO**
Anexar copia de la consignación.
6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** **NO**
7. Número de dependientes
- Hijos menores de 18 años **SI** **NO**
Requiere registro civil.
 - Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** **NO**
Requiere anexar certificación semestral de pago de matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
 - Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
 - Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.

Firma: _____

Nombre: ~~CHRISTIAN CAMILO~~ CHRISTIAN CAMILO QUINTERO QUINTERO

Cédula: 1013584469

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013584469		QUINTERO QUINTERO CHRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 X SUR NO 5M-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7145406	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	780992175	9469290081	I	2024/07/16	2024/07/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	
1	CC	1013584469	QUINTERO CHRISTIAN	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS017	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0	\$0		
Total	Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013584469		QUINTERO QUINTERO CHRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 48 X SUR NO 5M-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7145406	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	780992175	9469290081	I	2024/07/16	2024/07/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$428,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$428,200	\$0	\$0	\$428,200	