

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.	08		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	06	12	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD -CTO - 1765 del 17 de mayo del 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602850E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES	Registre nombre y apellidos completos
Nº DE IDENTIFICACIÓN	CC. 1.010.230.309	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CIENTO NOVENTA Y CINCO (195) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$ 18.616.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	27 de mayo de 2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	05 AL 14 DE OCTUBRE DE 2024 (10 DIAS) 07 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 19 DE ENERO DE 2025 (43 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	04 DE FEBRERO DEL 2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 DE DICIEMBRE AL 06 DE DICIEMBRE DE 2024	Registre las fechas entre las cuales se reportan 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
<p>Obligación No. 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>Actividades: Durante el presente periodo realicé la planificación y ejecución de las sesiones de clase, llevadas a cabo en la localidad de Mártires, de forma presencial, de acuerdo a los lineamientos del proyecto Jornada Escolar Complementaria, teniendo en cuenta las necesidades de la comunidad, así mismo se realizó registro de cada uno de los participantes.</p> <p>Evidencias: Plan de clases.</p> <p>Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 1.</p>
<p>Obligación No. 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 lleguen 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>Actividades: Durante el desarrollo de cada una de las sesiones de clase, llevadas a cabo en la localidad de Mártires, se tuvo conocimiento de los antecedentes y condiciones médicas de los participantes, realizando la solicitud del carnet de EPS, nombre del acudiente y número de contacto, para complementar la documentación requerida.</p> <p>Evidencias: Copia del correo enviado al Gestor IED.</p> <p>Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 2</p>

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)

<p>Obligación No. 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>Actividades: Durante este periodo contractual del mes de diciembre del 2024, no se realiza ningún reporte de escolares que cumplan con las condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos, en el momento que sean identificados se informara al gestor IED - IDRD. Se está en proceso de formación de las habilidades motrices básicas enfocadas al fútbol de salón.</p> <p>Evidencias: Copia del correo enviado al Gestor IED.</p> <p>Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 3</p>
<p>Obligación No. 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>Actividades: Durante el presente periodo se apoya y asiste a las siguientes actividades:</p> <p>Diciembre 04: Hora: 08:00am Lugar: Alcaldía Local de San Cristóbal Objetivo: Reunión operativa – pedagógica y psicosocial.</p> <p>Evidencias: Acta de reunión.</p> <p>Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 4</p>
<p>Obligación No. 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-IDRD. 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>Actividades: Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses, garantizando que no interfiera en la ejecución objetiva del contrato.</p> <p>Evidencias: Formato declaración conflicto de interés.</p> <p>Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de diciembre, carpeta obligación No. 5</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>	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

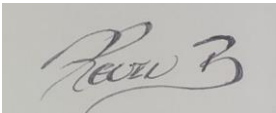
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	\$235.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	\$300.800
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	\$45.800
	TOTAL	\$583.800

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
KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES
CC. 1.010.230.309



JHON ERICK MATURANA MURILLO
CC 1030539051

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:
EL CONTRATISTA CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES OBJETO DE ESTE INFORME



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
CC 80.240.522
Asesor Código 105 Grado 01
Gerente Proyecto JEC.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
 (Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 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	Nombre del Contratista	KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1010230309	N° contrato	1765 - 2024	
3	Responsable del impuesto a las ventas						SI	NO	X
4	Pertenece al Regimen Simple						SI	NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI	NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800						SI	NO	X
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.									
7	Número de planilla	1068670443		Fecha de pago	9/12/2024		Valor pagado	\$ 583.800	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		\$ 235.000		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ 300.800			
	Afilación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		45.800		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual									
8	AFC \$				Ahorro Voluntario Pensión \$				
9	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 (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo					SI	NO	X	
10	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 (2023). Anexo					SI	NO	X	
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.									
De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))							#	0	
11	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo					SI	NO	X	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno 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 de cada uno 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 (2023) \$11.027.120 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 (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI	NO	X	
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.					SI	NO	X	
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será 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.

Dada en Bogotá D.C. a los:

DD MM AA



FIRMA



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1010230309
NOMBRES	KEVIN HERNAN
APELLIDOS	BUITRAGO TORRES
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/06/2024 17:05:08 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

JHON ERICK MATURANA MURILLO
CC 1030539051

Pago 001	Pago 001	7/06/2024 10:12:03 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	24 días de tiempo transcurrido (15/11/2024 8:02:00 AM/UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	3.102.667 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	Pago 002	29/08/2024 10:23:30 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	24 días de tiempo transcurrido (12/11/2024 9:02:19 AM/UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	3.102.667 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	Pago 003	3/10/2024 1:17:30 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	24 días de tiempo transcurrido (02/11/2024 8:02:00 AM/UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	3.102.667 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	Pago 004	10 días de tiempo transcurrido (26/11/2024 2:48:00 PM/UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	-	3.102.667 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

[Clear](#)

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> ARL CTO 1765-2024.pdf	ARL CTO 1765-2024.pdf	Comprador Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> CRP CTO 1765-2024.pdf	CRP CTO 1765-2024.pdf	Comprador Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> 120245800255473_00001Cambio_Supervisor.pdf	120245800255473_00001Cambio_Supervisor.pdf	Comprador Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> 3 EVIDENCIAS ACTIVIDADES BUITRAGO TORRES KEVIN HERRAN JUNIO 2024.zip	3 EVIDENCIAS ACTIVIDADES BUITRAGO TORRES KEVIN HERRAN JUNIO 2024.zip	Proveedor Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS ACTIVIDADES PAGO 002 AGOSTO.zip	EVIDENCIAS ACTIVIDADES PAGO 002 AGOSTO.zip	Proveedor Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS ACTIVIDADES SEPTIEMBRE.zip	EVIDENCIAS ACTIVIDADES SEPTIEMBRE.zip	Proveedor Descarga Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS ACTIVIDADES BUITRAGO TORRES KEVIN HERRAN OCTUBRE 2024.zip	EVIDENCIAS ACTIVIDADES BUITRAGO TORRES KEVIN HERRAN OCTUBRE 2024.zip	Proveedor Descarga Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >




JHON ERICK MATURANA MURILLO
CC 1030539051