

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 1765 de 2024, suscrito entre el IDR D y KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES identificado con C.C 1010230309, **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 2024 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 2024 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 (2024) \$12,236.900 anuales, 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 (2024) \$12,236.900 anuales, 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: KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES

Cédula: 1010230309

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.



INSTITUTO DISTRITAL DE
RECREACIÓN
Y DEPORTE



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. |
| 010 |
| FECHA DEL INFORME |
| 28-02-2025 |

| |
|-----------------------------------|
| No. DEL CONTRATO Y FECHA |
| IDRD-CTO-1765-2024 |
| No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL |
| 2024800701602850E |

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | |
|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 1010230309 |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 6 meses 15 días |
| VALOR | \$ 18.616.000,00 |
| FECHA ACTA DE INICIO | 2024-05-27 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 04/02/2025 |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA | NO APLICA |
| SUSPENSIONES | 2024-10-05 - 2024-10-14, 2024-12-07 - 2025-01-19 |
| VALOR HONORARIOS MENSUAL | \$ 2.864.000,00 |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | 2025-02-01 - 2025-02-04 |
| 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>Avance: Durante el periodo reportado en este informe, debido a su corta duración, no realicé la planificación ni ejecución de las sesiones de clase, llevadas a cabo en el IED Moralba Suroriental. Evidencias: N/A Ubicación: N/A</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 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>Durante el periodo reportado en este informe, debido a su corta duración, no realicé la solicitud de antecedentes médicos, carnet de EPS, nombre del acudiente y número de contacto, de los niños de la institución educativa Moralba Suroriental. Evidencias: N/A Ubicación: N/A</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>Durante el periodo reportado en este informe, debido a su corta duración, no realicé ningún reporte de escolares que cumplan con las condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos. Evidencias: N/A Ubicación: N/A</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>Avance: Durante el presente periodo se apoya y asiste a las siguientes actividades: Febrero 04: Hora: 10:30am Lugar: Virtual Objetivo: Reunión Operativa. Evidencias: Acta de reunión. Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de febrero, carpeta obligación No. 4</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- 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>Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses, garantizando que no interfiera en la ejecución objetiva del contrato. Evidencias: Formato declaración conflicto de interés. Ubicación: Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de febrero, carpeta obligación No. 5</p> |
|--|--|

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|------------------------|---------------------|---------------------|
| PAGO APORTES SALUD | FAMISANAR | \$ 235.000,00 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PROTECCIÓN | \$ 300.800,00 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA DE SEGUROS | \$ 45.800,00 |
| | TOTAL | \$ 581.600,00 |

[Ver Planilla de Pago](#)

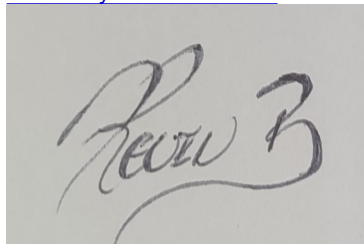
4. ANEXOS

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.

[Ver Informe Final](#)

[Ver Paz y Salvo Sistemas](#)

[Ver Paz y Salvo Almacén](#)



Firma Contratista

Nombre Completo: KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES

No. Identificación: 1010230309

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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-01, 11:24:45 A. M.

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1069599744

Periodo Cotización:

enero de 2025

Periodo Servicio:

enero de 2025

Referencia pago

8822800157

PAGADA 10/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|
| Razón Social | KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES | | |
| Documento | CC1010230309 | Dirección | CL 36 M SUR 8B 41 ESTE |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3197338714 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | POSITIVA DE SEGUROS |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | Total | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------------|---------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|-----------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|-----------|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COB | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte Sena | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total | |
| CC 1010230309 | KEVIN HERNAN BUITRAGO TORRES | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | \$1.880.000 | \$300.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$1.880.000 | \$235.000 | 2.436 | \$1.880.000 | \$45.800 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$581.600 |

III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, licencias, saldos a Favor) | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|-------------|-------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|--|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$1.880.000 | \$1.880.000 | \$1.880.000 | \$0 | \$300.800 | \$235.000 | \$45.800 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$581.600 | \$2.000 | \$583.600 |

