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.	03		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	20

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1289-29-05-2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2020800701600437E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1024519514	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (18) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ (6.006.000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	4 DE JUNIO DEL 2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	21 DE AGOSTO DEL 2020	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	UN MES (1) 2.310.000 COP (DEL 22 DE AGOSTO DEL 2020 AL 21 DE SEPTIEMBRE 2020	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	21 DE SEPTIEMBRE DEL 2020	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 1 AGOSTO DE 2020 AL 30 DE AGOSTO 2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE 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)

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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Apoyar la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.</td><td>Avance: Se está apoyando la formación integral y deportiva de los usuarios de la Institución Educativa Distrital Cundinamarca que están activo en el centro de interés de porras por medio de las sesiones de clase sincrónicas y asincrónicas.
<table>
<tr><th>N° Grupo</th><th>Horarios</th><th>Sesiones ejecutadas</th><th>Sesiones proyectadas</th></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 3</td><td>Miércoles y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26</td><td>27</td></tr>
</table>
Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.</td><td>Avance: Se están construyendo las sesiones de clase y subidas al SIM y ejecutadas según los parámetros de los planes pedagógicos y de la Institución Educativa Distrital.
<table>
<tr><th>N° Grupo</th><th>Horarios</th><th>Sesiones ejecutadas</th><th>Sesiones proyectadas</th></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras</td><td>Miércoles</td><td>Agosto: 5-</td><td>27</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

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)

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>3</td><td>y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26</td><td>27</td></tr>
</table>

Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).</td><td>Avance: Se ejecutan las clases con sus respectiva preparación, ejecución y acompañamiento de acuerdo a las necesidades y características de los estudiantes de manera virtual en la Institución Educativa Distrital Cundinamarca a los grupos de estudiantes asignados.

<table>
<tr><td>N° Grupo</td><td>Horarios</td><td>Sesiones ejecutadas</td><td>Sesiones proyectadas</td></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 3</td><td>Miércoles y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26</td><td>27</td></tr>
</table>

Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td><td>Avance: Ya se tiene la clave y el usuario para el sistema de información misional
Evidencia: acceso a la plataforma SIM
Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación</td></tr>
</table>

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)

<table>
<tr>
<td>Obligación No. 5: Elaborar las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto</td>
<td>
Avance: Se están construyendo las sesiones de clase y subidas al SIM y ejecutadas según los planes pedagógicos y parámetros establecidos por el proyecto y el centro de interés.
<table>
<tr><th>N° Grupo</th><th>Horarios</th><th>Sesiones ejecutadas</th><th>Sesiones proyectadas</th></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 3</td><td>Miércoles y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26</td><td>27</td></tr>
</table>
Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 6: Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.</td>
<td>
Avance: Se elaboran se planean de manera quincenal. y se ejecutan las sesiones de clase en el SIM con cada grupo.
<table>
<tr><th>N° Grupo</th><th>Horarios</th><th>Sesiones ejecutadas</th><th>Sesiones proyectadas</th></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 3</td><td>Miércoles y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19-</td><td>27</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

	<table><tr><td></td><td>de 12:30 - 2:30 pm</td><td>20- 26</td><td></td></tr></table> **Evidencia:** Institución educativa distrital Cundinamarca **Ubicación:** plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II
Obligación No. 7: Apoyar la recopilación de 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.	**Avance:** Se tiene en cuenta los antecedentes y condiciones médicas de los estudiantes que asisten virtualmente al centro de interés que tienen dificultades individuales. Para así tenerlos identificados de tal manera poder asumir un manejo diferente. No se realizará la recopilación de estos antecedentes médicos de manera física ya que las clases se realizan de manera virtual. **Evidencia:** para esta obligación no existe evidencia **Ubicación:** para esta obligación no existe ubicación
Obligación No. 8: Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**Avance:** No se realizará la recopilación de estos documentos de manera física ya que las clases se realizan de manera virtual. **Evidencia:** para esta obligación no existe evidencia **Ubicación:** para esta obligación no existe ubicación

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)

<table>
<tr>
<td>Obligación No. 9: Apoyar las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.</td>
<td>Avance: Se apoyará las actividades programadas por el IED, el IDRD o la SED a nivel técnico, operativo o administrativo cuando sea necesario.
Evidencia: Asistencia activa a las reuniones programadas por meet

<table>
<tr><th>Fecha</th><th>Reunión</th><th>Link</th></tr>
<tr><td>03/08/2020</td><td>Gestión de guías y videos</td><td>https://meet.google.com/upe-vteh-cnx</td></tr>
<tr><td>05/08/2020</td><td>Pedagógica horizonte institucional</td><td>https://meet.google.com/lookup/dm22t6nsie?authuser=2&hs=179</td></tr>
<tr><td>05/08/2020</td><td>Desarrollo de sesiones sincrónicas terminación de IV periodo</td><td>http://meet.google.com/veh-zgbe-hcp</td></tr>
<tr><td>10/08/2020</td><td>Reunión pedagógica</td><td>https://meet.google.com/zja-avzo-okc</td></tr>
<tr><td>12/08/2020</td><td>Presentación informes gestora ied</td><td>meet.google.com/stu-fmav-vfg</td></tr>
<tr><td>19/08/2020</td><td>Aclaración entrega de pagos</td><td>https://drive.google.com/file/d/1aLaNvBwkFp6tgpMHk06B1ZSZ1NUj3PrW/view?usp=sharing</td></tr>
<tr><td>22/08/2020</td><td>Operativa cobertura estudiantes</td><td>meet.google.com/prq-ixgg-eym</td></tr>
<tr><td>22/08/2020</td><td>Acompañamiento pedagógico</td><td>meet.google.com/znj-mruu-bbv</td></tr>
</table>

Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: carpeta de obligación 9, carpeta de evidencias secop II</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.</td>
<td>Avance: Se lleva un registro de los estudiantes y se mantendrá un organizado proceso motriz y técnico, dentro del trascurso metodológico se utilizarán diversas actividades de tal manera que se fomente la perseverancia y mejora continua de lo aprendido, con la intención de potenciar una continua formación de cada uno de los estudiantes, siendo así la forma de detectar los posibles estudiantes que cumplen con condiciones para entrenamientos en el proyecto semilleros que serán remitidos al profesional IED.

Evidencia: Grupos creados plataforma SIM</td>
</tr>
</table>

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)

<table>
<tr><td></td><td>Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.</td><td>Avance: Se tiene vigente el certificado de primer respondiente se hace entrega antes de firmar acta de inicio y entrega en el primer informe
Evidencia: certificado de primer respondiente
Ubicación: carpeta adjunta obligación 11</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.</td><td>Avance: se cumplirá con los lineamientos determinados operativamente y pedagógicamente en el centro de interés asignado.
<table>
<tr><th>N° Grupo</th><th>Horarios</th><th>Sesiones ejecutadas</th><th>Sesiones proyectadas</th></tr>
<tr><td>Porras 1</td><td>Lunes y martes de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 2</td><td>Lunes y martes de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 3- 4- 10- 11- 18- 24- 25</td><td></td></tr>
<tr><td>Porras 3</td><td>Miércoles y jueves de 9:30 - 11:30 am</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26- 27</td><td>27</td></tr>
<tr><td>Porras 4</td><td>Miércoles y jueves de 12:30 - 2:30 pm</td><td>Agosto: 5- 12- 13- 19- 20- 26</td><td>27</td></tr>
</table>
Evidencia: Institución educativa distrital Cundinamarca
Ubicación: plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca, carpeta de evidencias Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 13: Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividadeso para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos</td><td>Avance: Se participará de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales autorizados que sean programados, En este periodo no se participa en ningún evento.
Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia
Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación</td></tr>
</table>

relacionadas con la misión de la entidad.	
Obligación No. 14: Promover ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**Avance:** se promoverá las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las Institución Educativa Distrital Cundinamarca participantes del centro de interés direccionados por las guías establecidas en el SIM **Evidencia:** se utilizará el material incluido en el SIM como medio de apoyo en la ejecución de esta obligación **Ubicación:** plataforma SIM del IDRD classroom de la IED Cundinamarca
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.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$115,500
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$147,900
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$22,600
	TOTAL	$286.000

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)

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

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

El formador cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales, acatando los lineamientos, ténicos, operativos y pedagógicos del proyecto.



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Nombre: Emma Lucia Torres Muñoz
No de identificación:52.588.403
Cargo: Gestora IED-TEC-IDRD

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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	Contrato No.	**1289-2020**													
2	Nombre del Contratista	**RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO**													
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1024515514**							
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**x**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**x**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**x**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**115.500,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**147.900,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.600,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	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									SI		NO	**x**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**x**		
12	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.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**x**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**x**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**x**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**x**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**x**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2020**

FIRMA

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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	Contrato No.	**1289-2020**													
2	Nombre del Contratista	**RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO**													
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1024515514**							
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**x**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**x**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**x**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**115.500,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**147.900,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.600,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	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									SI		NO	**x**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**x**		
12	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.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**x**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**x**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**x**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**x**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**x**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **21** MM **8** AA **2020**

FIRMA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024519514		MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 55 SUR 103 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7162099	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	716965444	9408598636	I	2020/08/05	2020/08/19	BANCO DAVIVIENDA	14	$286,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$924,000	$147,900			$924,000	$115,500			$0	$0			$924,000	$22,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$924,000	$147,900			$924,000	$115,500			$0	$0			$924,000	$22,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$924,000	$147,900			$924,000	$115,500			$0	$0			$924,000	$22,600		$0	$0
1	CC 1024519514	MONCADA RONALD	230201	30	$924,000	$147,900	EPS002	30	$924,000	$115,500		0	$0	$0	14-23	30	$924,000	$22,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$924,000	$147,900			$924,000	$115,500			$0	$0			$924,000	$22,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024519514		MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 55 SUR 103 49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7162099	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	716965444	9408598636	I	2020/08/05	2020/08/19	BANCO DAVIVIENDA	14	$286,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$147,900	$0	$0	$147,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$147,900	$0	$0	$147,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,600	$0	$0	$22,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,600	$0	$0	$22,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$115,500	$0	$0	$115,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$115,500	$0	$0	$115,500
TOTAL				**1**	**$286,000**	**$0**	**$0**	**$286,000**

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024519514
NOMBRES	RONALD STIVEN
APELLIDOS	MONCADA CAICEDO
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
SUSPENSIÓN POR MORA.	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	19/11/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/20/2020 08:18:27 **Estación de origen:** 186.154.35.78

Nombre: Emma Lucia Torres Muñoz
No de identificación:52.588.403
Cargo: Gestora IED-TEC-IDRD

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO	COORDINADOR	EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
FECHA REVISIÓN	2020-08-27 08:01:26	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CUNDINAMARCA (IED)	CUNDINAMARCA,	1	**Lunes,09:30:00,11:30:00** 3-10-24 **Martes,09:30:00,11:30:00** 4-11-18-25	3-4-10-11-18-24-25		28	26
	CUNDINAMARCA,	2	**Lunes,12:30:00,14:30:00** 3-10-24 **Martes,12:30:00,14:30:00** 4-11-18-25	3-4-10-11-18-24-25			
	CUNDINAMARCA,	4	**Miercoles,12:30:00,14:30:00** 5-12-19-26 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 13-20-27	5-12-13-19-20-26			
	CUNDINAMARCA,	3	**Miercoles,09:30:00,11:30:00** 5-12-19-26 **Jueves,09:30:00,11:30:00** 13-20-27	5-12-13-19-20-26			

FECHA - HORARIO	2020-08-05 (15:00:00 - 17:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES IED CUNDINAMARCA
FECHA - HORARIO	2020-08-10 (13:00:00 - 14:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES IED CUNDINAMARCA
FECHA - HORARIO	2020-08-21 (13:00:00 - 14:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES
FECHA - HORARIO	2020-08-05 (15:00:00 - 16:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES IED CUNDINAMARCA
FECHA - HORARIO	2020-08-12 (07:00:00 - 08:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES IED CUNDINAMARCA





EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
No 52588403
Gestora IED - IDRD

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CRP 6311.pdf	CRP 6311.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ARL-1289.pdf	ARL-1289.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	1. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JUNIO 2020.zip	1. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JUNIO 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME JUNIO 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	INFORME JUNIO 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1289-2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1289-2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JULIO 2020.zip	2. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JULIO 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME JULIO 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	INFORME JULIO 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ARL ADICION.pdf	ARL ADICION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CRP 8598.pdf	CRP 8598.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN AGOSTO 2020.zip	EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN AGOSTO 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Nombre: Emma Lucia Torres Muñoz
No de identificación:52.588.403
Cargo: Gestora IED-TEC-IDRD