



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.
09
FECHA DEL INFORME
31-12-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STP-CPS-2245-2025
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2025800701602199E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUISA FERNANDA ARBOLEDA DUQUE
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1030619421
PLAZO DE EJECUCIÓN	11 meses
VALOR	\$ 45.771.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2025-04-28
FECHA DE TERMINACIÓN	27/03/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.161.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-12-01 - 2025-12-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A EMERGENCIAS EN PARQUES Y ESCENARIOS BAJO ADMINISTRACIÓN DEL INSTITUTO DISTRITAL DERECREACIÓN Y DEPORTES - IDRD.

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.).

Obligación 1: Brindar atención de primeros auxilios dentro de los parques, escenarios y senderos administrados por el IDRD activando las rutas de emergencia según sea necesario y garantizando la estabilidad de los signos vitales del usuario, hasta la entrega del usuario afectado a la ambulancia o a su responsable en caso de emergencia.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Durante el mes de diciembre en el periodo comprendido del 1 al 31 del 2025 no se realiza activación de servicio de emergencias, como tampoco uso del DEA en los escenarios asignados según programación.

Obligación 2: Obligación No.2. Registrar de manera precisa y exhaustiva, en el formato designado para la atención en salud, toda la información relacionada con cada intervención de primeros auxilios brindada a los usuarios en el parque asignado

Actividades, Evidencias y Ubicación:

De manera oportuna se presta atención en primeros auxilios a los usuarios o funcionarios que sufren accidentes dentro de los escenarios asignados durante el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025, escenarios asignados. Se realiza registro de cada una de las atenciones de manera manual en carpeta ubicada en área de primeros auxilios de cada uno de los escenarios como también en matriz de atenciones en primeros auxilios.

Obligación 3: Obligación No. 3. Realizar mensualmente tres campañas de prevención y promoción de la salud, enfocándose en prácticas saludables y el buen uso de los servicios de los parques y escenarios asignados, presentando al profesional encargado la temática a divulgar con previa anticipación

Actividades, Evidencias y Ubicación:

En el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 se llevan a cabo 3 capacitaciones o socializaciones en los escenarios asignados según programación del IDRD, buscando de esta manera que los usuarios conozcan y cuiden el entorno de nuestros parques, la prevención de accidentes o incidentes.

Obligación 4: Obligación No. 4. Reportar el inventario de equipos e insumos de primeros auxilios en el formato correspondiente, dentro de los primeros cinco días de cada mes, detallando insumos faltantes, vencidos o en mal estado, para su disposición y reposición adecuada.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 se realiza la debida inspección de los botiquines e insumos de primeros auxilios de los escenarios asignados durante este mes, como también se realiza la organización y surtido de los botiquines buscando que de esta manera siempre estén con los insumos necesarios en el momento de prestar una atención. Se envía inspección de botiquines para solicitud de elementos de primeros auxilios de los escenarios asignados vía correo a coordinadora de enfermeras.

Obligación 5: Obligación No. 5. Hacer uso adecuado y mantener en buen estado los dispositivos médicos asignados bajo inventario; reportando cualquier anomalía y gestionando mensualmente las hojas de vida d ellos mismos

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 de manera diaria se realiza control de los dispositivos médicos a cargo como lo son DEA, oxímetro y tensiómetros dispuestos en los escenarios asignados para la atención en primeros auxilios.

DEA se realiza verificación diaria realizada con el fin de garantizar que este dispositivo siempre esté funcionando y listo para ser usado si se requiere. Verificación realizada: Parches: se asegura que los parches estén dentro de su fecha de caducidad, conectados y funcionando. Memoria microSD: Verifico que esté insertada correctamente y que no esté dañada. Batería: Confirmo que la batería esté cargada y que el indicador de batería muestre un nivel adecuado. Dispositivo: Reviso el equipo en busca de cualquier daño físico o mal funcionamiento.

OXIMETRO: Se verifica que el oxímetro se encuentre en su lugar asignado (usualmente maletín ubicado en punto de primeros auxilios del escenario asignados) verificación realizada: Se verifica que el dispositivo esté limpio y libre de polvo, suciedad, humedad o cualquier residuo que pueda afectar su funcionamiento o higiene. Se Inspecciona si hay grietas, golpes, cables sueltos, la tapa del compartimento de las baterías rota, o cualquier otro daño físico visible en el cuerpo del oxímetro o en la pinza (sensor). Se revisa que la pantalla no esté rota, rayada o con manchas internas que impidan una lectura clara. Se enciende el oxímetro y observa el ícono o el indicador de batería en la pantalla. Debe mostrar una carga adecuada. Se enciende el dispositivo y luego apágalo para confirmar que los botones funcionan correctamente.

TENSIOMETRO: Se confirma que el tensiómetro se encuentre en su lugar asignado (usualmente maletín ubicado en punto de primeros auxilios del escenario asignados) Verificación realizada: Se inspecciona que el manguito no tenga rasgaduras, agujeros, cierres de velcro desgastados o descosidos.

TERMÓMETRO: se confirma que el termómetro se encuentre en el lugar asignado (usualmente maletín ubicado en punto de primeros auxilios del escenario asignados). Se verifica que cuente con batería, se enciende verificando su funcionamiento.

Obligación 6: Obligación No. 6. Mantener el área de trabajo en condiciones óptimas, realizando la limpieza y mantenimiento semanal de equipos, insumos y dispositivos médicos; realizar la verificación de rótulos, envases y fechas de los insumos para garantizar su uso adecuado, registrando esta actividad en el formato correspondiente

Actividades, Evidencias y Ubicación:

En el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 se realiza limpieza de dispositivos médicos y del área de primeros auxilios de manera semanal o cada vez que son usados para evitar cruce de infecciones entre las personas y de esta manera brindar una atención segura.

Obligación 7: Obligación No. 7. Participar en los procedimientos de prevención y atención de emergencias conforme a las normas técnicas legales y al Plan de Emergencias y Contingencias del parque o escenario

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre se realiza verificación de personal de salud externo quienes prestan su servicio durante las diferentes actividades que se realizan en los escenarios asignados , verificando que el personal de salud asistente este completo, que cuenten con los elementos adecuados para brindar y prestar el servicio de primeros auxilios, se realiza verificación de las ambulancias y sus elementos, como también se les brinda a el personal un breve recorrido por el escenario donde se les enseña nuestra ruta de evacuación y puntos de encuentra frente a cualquier emergencia que se pueda presentar.

Obligación 8: Obligación No. 8. Asistir a las capacitaciones y reuniones programadas, estableciendo estrategias de comunicación con el equipo de trabajo para garantizar la transmisión oportuna y clara de información al supervisor.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

En el periodo comprendido entre el 1 al 31 de diciembre se asiste a las diferentes reuniones y capacitaciones realizadas por el supervisor del contrato, el apoyo a la supervisión y el personal de seguridad y salud en el trabajo tanto de manera virtual como presencial.

Obligación 9: Apoyar la proyección y presentación oportuna de respuestas a solicitudes de información, peticiones, quejas, reclamos y otros requerimientos relacionados con os proyectos y actividades de la Subdirección Técnica de Parques, asegurando calidad y veracidad en los contenidos.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Durante el periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 no se generan solicitudes, quejas o reclamos de los procesos realizados por parte del área de primeros auxilios en los escenarios asignados.

Obligación 10: Elaborar y cargar mensualmente en la plataforma SECOP II el informe de ejecución de la gestión realizada, debidamente firmado por el supervisor, evidenciando el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, dentro de los plazos establecidos.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

En el momento ya se encuentra cargado en el secop II los informes del mes de abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre del contrato 2245 - 2025 firmados por supervisor de contrato, cuando sea informado vía correo electrónico la aprobación del informe del mes de diciembre del 2025 a través de portal contratista se procederá a realizar su respectivo cargue de informe a secop II siguiendo especificaciones dadas, como también se realiza el cargue de dichos informes en drive en carpetas asignada para cada mes.

Obligación 11: Cumplir con las demás responsabilidades asignadas por el supervisor que estén relacionadas con el objeto del contrato, incluyendo el diligenciamiento de la bitácora de actividades

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Se realiza la bitácora de actividades del periodo comprendido del 01 al 31 de diciembre del 2025 donde se relacionan las tareas diarias realizadas según el objeto del contrato y obligaciones, donde se evidencia el cumplimiento de mis obligaciones.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	\$ 208.000,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ 266.300,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 40.600,00
	TOTAL	\$ 514.900,00

[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.

Luisa F Arboleda D

Firma Contratista

Nombre Completo: LUISA FERNANDA ARBOLEDA DUQUE

No. Identificación: 1030619421

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.

ARNOL F. ROMERO P.

Firma Supervisor

Nombre Completo: ARNOL FERNAN ROMERO PEDRAZA

No. Identificación: 79547938

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 222-06

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 2245 de 2025, suscrito entre el IDR y LUISA FERNANDA ARBOLEDA DUQUE identificado con C.C 1030619421, **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
Requiere registro civil. SI ☒ NO ☐
 - Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación
Requiere anexar certificación semestral de pago de matrícula expedida por la respectiva entidad educativa. SI ☐ NO ☒
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - 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
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒
 - 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
Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos SI ☐ NO ☒

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

Luisa F Arboleda D

Firma: _____

Nombre: LUISA FERNANDA ARBOLEDA DUQUE

Cédula: 1030619421

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	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030619421		ARBOLEDA DUQUE LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81G 53A 11 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1978543087		9494995632	I	2025/12/04	2025/12/03	NEQUI	\$514,900

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	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,664,000	\$266,300			\$1,664,000	\$208,000			\$0	\$0			\$1,664,000	\$40,600		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,664,000	\$266,300			\$1,664,000	\$208,000			\$0	\$0			\$1,664,000	\$40,600		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,664,000	\$266,300			\$1,664,000	\$208,000			\$0	\$0			\$1,664,000	\$40,600		\$0	\$0	
1	CC	1030619421	ARBOLEDA LUISA	230301	30	\$1,664,000	\$266,300	EPS008	30	\$1,664,000	\$208,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,664,000	\$40,600	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,664,000	\$266,300			\$1,664,000	\$208,000			\$0	\$0			\$1,664,000	\$40,600		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030619421		ARBOLEDA DUQUE LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81G 53A 11 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-11	2025-11	1978543087	9494995632	I	2025/12/04	2025/12/03	NEQUI	0	\$514,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$266,300	\$0	\$0	\$266,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$266,300	\$0	\$0	\$266,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,600	\$0	\$0	\$40,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$40,600	\$0	\$0	\$40,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
TOTAL				1	\$514,900	\$0	\$0	\$514,900	