



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.
012
FECHA DEL INFORME
30-04-2026

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-1631-2025
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2025800701601435E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDGAR ANDRES CHIRIVI LEON
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1016008110
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses 15 días
VALOR	\$ 36.364.733,00
FECHA ACTA DE INICIO	2025-04-07
FECHA DE TERMINACIÓN	30/06/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	2026-03-07 - 2026-06-30
SUSPENSIONES	2025-04-12 - 2025-04-20, 2025-10-04 - 2025-10-13, 2025-12-06 - 2026-02-01, 2026-03-28 - 2026-04-05
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 3.022.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2026-04-01 - 2026-04-30
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.

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: Estructurar, proyectar y registrar en el Sistema de Información Misional (SIM) la planeación de cada sesión de clase, integrando los componentes pedagógico y psicosocial del proyecto, dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Actividad:

Ejecute para el mes de Abril las actividades enfocadas y adaptadas al componente social a trabajar según los criterios dados en la cualificación, teniendo en cuenta los valores y temáticas a desarrollar.

EVIDENCIAS: Planes Sim, caracterización pedagógica, plan pedagógico.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 1

Obligación 2: Ejecutar las sesiones de forma presencial, virtual o por medios alternativos, según lo aprobado por el supervisor, considerando una (1) hora de preparación (validada en el SIM) y dos (2) horas de ejecución (acreditada con asistencia en el SIM). Registrar asistencia y reportar accidentes, si los hubiera, en el SIM dentro de las doce (12) horas siguientes a la sesión

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Ejecute para el mes de Abril las actividades enfocadas y adaptadas al componente social a trabajar según los criterios dados en la cualificación, teniendo en cuenta los valores y temáticas a desarrollar.

EVIDENCIAS: Sesiones de clase con asistencia.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 2

Obligación 3: Contar con disponibilidad para ejecutar sesiones de clase y participar en actividades complementarias necesarias para el adecuado desarrollo del proyecto, bajo modalidad presencial, virtual o alternativa según indicaciones del supervisor

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Actividades

Realice para el mes de Abril la actividad manual técnico metodológico: liga JEC 2026. Ese día realice una prueba piloto a los escolares de la IED Carlos Arango Velez para detección, evaluación y protección del talento deportivo. De igual manera realice la actividad del festival de la zona 5 con algunos colegios de la zona donde ejecute varias estaciones para los escolares en el parque Gilma Jiménez.

EVIDENCIAS: Registro Fotográfico.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 3

Obligación 4: Conocer y gestionar los antecedentes médicos de los estudiantes (alergias, asma, lesiones, etc.), asegurando la tenencia actualizada de copias del carné de EPS, datos de contacto y acudientes, según el formato establecido. Implementar medidas preventivas durante las actividades físicas, adaptando ejercicios según condiciones médicas reportadas

Actividades, Evidencias y Ubicación:

ACTIVIDADES

Gestione los antecedentes médicos de los grupos asignados recibiendo por parte de la docente enlace un listado donde se evidencia alguna condición específica de los estudiantes, durante este periodo la IED Carlos Arango Vélez no realiza ningún reporte específico ni eventualidad, al igual en el momento de dar alcance se dará a conocer la información al gestor IED Edison Manrique. Teniendo en cuenta que la institución utiliza la política de confidencialidad de datos .

EVIDENCIAS: Listado de estudiantes con condición específica.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 4

Obligación 5: Detectar y reportar estudiantes con potencial deportivo que cumplan los criterios del componente de talentos deportivos, remitiéndolos al formador profesional responsable

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Ejecute para el mes de Abril las actividades enfocadas y adaptadas al componente social a trabajar según los criterios dados en la cualificación, teniendo en cuenta los valores y temáticas a desarrollar.

EVIDENCIAS: Trabajo para detectar talento, correo .

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 5.

Obligación 6: Asistir y colaborar en sesiones de fortalecimiento, intercambios deportivos, valoraciones físico-atléticas, eventos comunitarios, locales, distritales, nacionales e internacionales programados, previa autorización del supervisor o de la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD. Garantizar el cuidado de la implementación y escenarios deportivos, así como el cumplimiento de las normas de bioseguridad establecidas

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Asistí de manera presencial a reuniones programadas tanto técnicas, operativas como administrativas de la IED Carlos Arango Vélez. gestionando de manera técnica y metodológica todo lo relacionado a nivel operativo, pedagógico, social en el marco del proyecto 7854 Jornada Escolar Complementaria IDRD.

FECHA	HORA	TEMA	PARTICIPANTES
09-04-2026	8:30 AM	LINEAMIENTOS OPERATIVOS	GESTOR IED Y FORMADORES
13-04-2026	8:30 AM	LINEAMIENTOS OPERATIVOS	GESTOR IED Y FORMADORES
23-04-2026	8:30 AM	LINEAMIENTOS OPERATIVOS	GESTOR IED Y FORMADORES

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 6

Obligación 7: Apoyar la difusión de eventos y actividades del proyecto a través de medios digitales y redes sociales, previa autorización del supervisor

Actividades, Evidencias y Ubicación:**ACTIVIDADES**

Apoye la difusión de forma digital de todos los eventos del proyecto en el momento que el programa lo solicite, para este mes de Abril difundí el evento de salida MTB en ciudad Bolívar

EVIDENCIAS: Formato de apoyo fotográfico.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 7

Obligación 8: Presentar reportes periódicos al supervisor sobre el avance de las actividades, Cumplimiento de metas y situaciones relevantes durante la ejecución del proyecto

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Ejecute para el mes de Abril las actividades enfocadas y adaptadas al componente social a trabajar según los criterios dados en la cualificación, teniendo en cuenta los valores y temáticas a desarrollar.

Pacto de cobertura: 86 escolares

Estudiantes impactados: 86

Porcentaje de impacto: 100%

EVIDENCIAS: Listado SIM, pacto de cobertura.

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 8.

Obligación 9: Mantener actualizada la documentación e informes solicitados, garantizando la Trazabilidad de sus actividades

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Actividades:

Actualice los documentos e informes solicitados de los meses anteriores en el Secop II numeral 7 y ejecute el seguimiento pedagógico y psicosocial del mes de Abril.

EVIDENCIAS: Pantallazo Secop II, seguimiento pedagógico y Psicosocial

UBICACION: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 9.

Obligación 10: Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

Actividades

Actualice en coordinación del gestor IED los datos de ARL y los documentos requeridos en la plataforma SECOP II.

EVIDENCIA: Pantallazo secop II, Certificado ARL.

Ubicación: SECOP II-numeral 7, informe de obligaciones contractuales del mes de Abril informe # 12, EVIDENCIAS ABRIL 2026 SUBCARPETA Obligación 10.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$ 218.900,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ 280.200,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 42.700,00
	TOTAL	\$ 541.800,00

[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.



Firma Contratista

Nombre Completo: EDGAR ANDRES CHIRIVI LEON

No. Identificación: 1016008110

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
Ciudad.

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	EDGAR ANDRES CHIRIVI LEON							
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	1016008110	N° contrato	1631-2025
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	X
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2025, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2025), equivalentes a \$69,718,600					SI		NO	X
7	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.								
	Número de planilla	69383686		Fecha de pago	2026-04-15		Valor pagado	\$ 541.800	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		\$ 218.900		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		\$ 280.200		
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		\$ 42.700		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
8	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual								
	AFC \$	\$ 0		Ahorro Voluntario Pensión \$		\$ 0			
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 (2025). 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 (2025). Anexo					SI		NO	X
11	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 \$314,244 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
	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 (2025) \$12,947,740 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 (2025) \$12,947,740 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	Es pensionado? Anexo Resolución o certificación de entidad pensional que acredite inclusión en nómina de pensionados					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 retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:					\$	\$ 0		

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016008110	EDGAR ANDRES CHIRIVI LEON		KR 106 14 89 BLO 6 CS 15	3185415369	andrek0_10@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69383686	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$544.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	8	1.200	0	220.100	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	8	1.600	0	281.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	8	300	43.000			427	43.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	220.100
Pensión	1	280.200	281.800
Riesgos Laborales	1	42.700	43.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	544.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016008110	EDGAR ANDRES CHIRIVI LEON		KR 106 14 89 BLO 6 CS 15	3185415369	andreko_10@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69383686	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$544.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1016008110	CHIRIVI LEON EDGAR ANDRES			57	0		N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA