



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.
05
FECHA DEL INFORME
30-04-2026

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-2302-2025
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2025800701602081E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1022436663
PLAZO DE EJECUCIÓN	12 meses
VALOR	\$ 48.075.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2025-12-23
FECHA DE TERMINACIÓN	24/07/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	2026-04-25 - 2026-07-24
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 3.205.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2026-04-01 - 2026-04-30
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO LIDER DE RUTA DE LA CICLOVÍA.

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
--------------------------	-------------------------------------

Obligación 1: Asistir, apoyar y participar en coordinación con el supervisor y el coordinador del programa, las reuniones de planeación, seguimiento y retroalimentación, jornadas de fortalecimiento técnico e inducciones, entrega de elementos y prendas institucionales de acuerdo con las necesidades del programa.	ACTIVIDAD 1: Se asiste a la reunión presencial indicada por el personal de coordinación en el mes de Abril, para indicar las novedades a tener en cuenta para la prestación al servicio, ya sea por parte de líderes de ruta o guardianes de los diferentes corredores y gerencias ACTIVIDAD 2: El jueves 09 de Abril, se asiste al correspondiente apoyo operativo programado en la sede plaza de artesanos. La jornada inicia a las 09:00 horas en este se realiza el alistamiento del material para usuarios de los puntos de atención al usuario, también se colabora con el traslado de impermeables y cascos. Se cargan los parlantes, megáfonos y radios. La jornada finaliza a las 14:00 horas. ACTIVIDAD 3: Se asiste a la reunión presencial indicada para la cualificación en Lengua de Señas Colombiana el día 14 de Abril en las instalaciones del Instituto Distrital de Recreación y Deporte. Allí se tratan diversos temas de utilidad para la atención de personas sordas y comunicación efectiva. La jornada inicia a las 14:30 Horas y finaliza a las 17:00 Horas. EVIDENCIA 1: Se carga la respectiva acta de reunión realizada con todas las novedades mencionadas durante la comunicación de líderes con personal de coordinación EVIDENCIA 2: Se sube el archivo correspondiente con la información del apoyo operativo llevado a cabo para esta jornada EVIDENCIA 3: Se carga el registro fotográfico de la asistencia a la capacitación y diversas actividades realizadas durante la ejecución de la jornada
Obligación 2: Participar en las jornadas de Ciclovía coadyuvando con el operativo de las rutas y programas especiales, garantizando la custodia del material dispuesto para la operación del corredor asignado, así como liderar las actividades y eventos programados por el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y la Administración Distrital, de acuerdo con los lineamientos generados por la coordinación del programa.	ACTIVIDAD: Se participa activamente en las jornadas programadas para el mes de abril, con actitud y todos los elementos requeridos para la prestación del servicio. Según normativas y funciones designadas para la jornada EVIDENCIA: Se adjuntan los informes operativos del mes de Abril con toda la información sobre las funciones y actividades requeridas para la jornada

Obligación 3: Apoyar las acciones administrativas del programa, así como la entrega de documentación, informes, reportes, carpetas y demás archivo físico y/o magnético que se desprenda de su rol como líder de ruta de la Ciclovía, en la forma, tiempo, calidad y lugar, que sean requeridos por el coordinador del programa o el supervisor del contrato y aprobados por el IDRD, los cuales dan cuenta del seguimiento al personal de apoyo bajo el rol de Guardianes, vendedores, Servidores sociales, entre otros que le sean asignados y de las diferentes novedades que se presenten en los corredores de Ciclovía.	ACTIVIDAD: En este mes de Abril se realiza la asignación de labores, a los guardianes del corredor, relacionando puntos de formación y cierre, así como las labores a realizar durante la jornada. Se realiza un seguimiento de las novedades evidenciadas en el corredor por parte del personal guardián. Adicionalmente, se realiza posterior a la jornada, el cargue de las evidencias, entre estos informes y fotografías de las tareas realizadas EVIDENCIA: Se adjuntan los pantallazos con la información requerida respecto a novedades administrativas
Obligación 4: Identificar y generar acciones antes y después de las jornadas de Ciclovía que permitan articular estrategias con diferentes actores, que disminuyan el hurto de material de señalización, generar actividades y acciones complementarias, y demás actividades que propendan por espacios más seguros para los usuarios directos e indirectos del programa, en articulación con otras áreas del IDRD y entidades públicas y privadas.	ACTIVIDAD: En el mes de Abril de 2026 se hace el respectivo cargue y uso del botiquín de Atención Pre Hospitalaria, con todo el material solicitado, básico y especial. Se porta durante todas las jornadas de Ciclovía dominicales y festivas. El cual se mantiene limpio, organizado y vigente en la alforja que se ubica sobre la bicicleta institucional otorgada para la prestación del servicio, reponiendo el material según sea requerido dadas las atenciones que se apoyan sobre la ruta para conservar las cantidades solicitadas de cada elemento. EVIDENCIA: Se carga el respectivo informe con los elementos requeridos de atención prehospitalaria en los casos de salud
Obligación 5: Contar con una bicicleta tipo todo terreno durante el plazo de ejecución del contrato, para la prestación del servicio y realizar el respectivo mantenimiento mecánico y de aseo de la misma, el cual corre por cuenta y riesgo del contratista. En caso de que la bicicleta sea suministrada por el IDRD, el contratista se obliga a su cuidado, custodia y realizar su respectivo mantenimiento mecánico preventivo y de aseo, el cual corre por cuenta y riesgo de este, así mismo se obliga a recibirla y devolverla acorde al procedimiento establecido por la entidad en un máximo de 5 días hábiles posteriores a la finalización del contrato o cuando la entidad lo requiera. En ambos casos portar kit de despinche y candado con guaya para garantizar el funcionamiento y custodia de la bicicleta.	ACTIVIDAD 1: Se realiza la hoja de vida de la bicicleta, según indicaciones y formato establecido, especificando novedades presentadas, adicional mantenimientos preventivos llevados a cabo, para mantener y proteger la vida útil del elemento ACTIVIDAD 2: Para el mes de Abril se cuenta con la bicicleta institucional marca Roca, la cual se mantiene en condiciones óptimas en su estado mecánico y de limpieza, en caso de ser requerido su uso para la prestación del servicio, para que su buen estado perdure. También cuenta con parrilla para el uso correcto de la alforja. Junto con un kit de despinche, los cuales se portan jornada tras jornada para la óptima prestación del servicio. EVIDENCIA 1: Se carga el respectivo informe con la información referente a la hoja de vida de la bicicleta para el año 2025 y 2026 EVIDENCIA 2: Para el mes de Abril se comparte los elementos y estado de la bicicleta requerido para una adecuada prestación al servicio

Obligación 6: Las demás que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad o que sean solicitadas por el supervisor del contrato.	ACTIVIDAD: En el mes de Abril 2026, se hacen diversas publicaciones en las redes sociales como Instagram y WhatsApp, compartiendo las piezas publicitarias del programa y algunas de las novedades por jornada como medio de difusión e información sobre las novedades del programa. Adicional, se comparte el pantallazo de SECOP II con el cargue del informe mensual respectivo. EVIDENCIA 1: Se carga el respectivo informe con las respectivas piezas publicitarias compartidas por redes sociales EVIDENCIA 2: Se comparte el pantallazo con la evidencia del cargue respectivo a SECOP II para el informe mensual correspondiente
--	---

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	\$ 218.900,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ 280.200,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 0,00
	TOTAL	\$ 499.100,00

[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

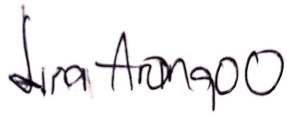
Nombre Completo: ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ

No. Identificación: 1022436663

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: LINA CONSTANZA ARANGO OSPINA

No. Identificación: 34000594

Cargo: ASESOR 105-01

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022436663	ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ	TV 73 # 11 B - 33	3106284948	ALEJANDROTORRES2605@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68315543	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$534.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	0	0		280.200	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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	534.200	534.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022436663	ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ		TV 73 # 11 B - 33	3106284948	ALEJANDROTORRES2605@GMAIL.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
		68315543	09/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$534.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022436663	TORRES HERNANDEZ ALEJANDRO	3	0		N																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900		0	0		0	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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	ALEJANDRO TORRES HERNANDEZ								
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	1022436663	N° contrato	2302-2025	
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	68315543		Fecha de pago	2026-04-09		Valor pagado	\$ 499.100		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$ 218.900		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ 280.200					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	\$ 0		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención 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 podrá 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

