



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.
03
FECHA DEL INFORME
30-04-2026

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-0843-2026
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
No definido

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAGDA BETSABE MOYANO PLAZAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52853948
PLAZO DE EJECUCIÓN	0 meses 255 días
VALOR	\$ 40.026.500,00
FECHA ACTA DE INICIO	2026-02-04
FECHA DE TERMINACIÓN	06/11/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	2026-03-28 - 2026-04-05, 2026-10-03 - 2026-10-12
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.709.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2026-04-01 - 2026-04-30
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN INTEGRAL, PROFUNDIZACIÓN DEPORTIVA Y ORIENTACIÓN PEDAGÓGICA EN EL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO.

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: Planificar y registrar las sesiones de clase en el SIM, dentro de los primeros 5 días del mes, integrando componentes operativos, pedagógicos, psicosociales y deportivos; las sesiones deben ejecutarse en modalidad presencial, virtual o alternativa, con horas de preparación y ejecución debidamente acreditadas en el SIM, contando con la disponibilidad para ejecutar las sesiones de clase, y participando en actividades complementarias necesarias para el adecuado desarrollo del proyecto, bajo la modalidad que determine el supervisor.	Se realiza la planificación de las sesiones de clase en el SIM, integrando los componentes de las cualificaciones pedagógica y psicosocial, se realizaron las sesiones de forma presencial como evidencia de la planificación y ejecución se adjunta PDF de los grupos con sus respectivas sesiones, asistencias registradas, se realiza reunión con el rector IED con el propósito de establecer los días y horas en los cuales pueden ser citados los estudiantes para el desarrollo de las sesiones.
Obligación 2: Registrar asistencia y accidentes de los estudiantes en cada sesión, así como gestionar información médica relevante de los estudiantes, como alergias o condiciones preexistentes, asegurando la seguridad durante las actividades.	Se registra la asistencia en el SIM, se informa de novedades en salud y general de los estudiantes atendidos antes, durante y después de las sesiones, se adjunta el registro SIM de asistencia
Obligación 3: Participar en actividades de cualificación y/o fortalecimiento organizadas por el proyecto para actualizar planes pedagógicos y currículos, y presentar los documentos pertinentes cada semestre	Se asiste a las cualificaciones programadas por el área pedagógica, psicosocial y semilleros información tenida en cuenta para la elaboración de las sesiones de clase y planes de entrenamiento. Se adjunta planilla de asistencia, actas y soportes de la participación en las cualificaciones.
Obligación 4: Colaborar en el desarrollo, aplicación y actualización de métodos para la identificación de talentos deportivos, asegurando el mantenimiento de un registro detallado de los estudiantes identificados y la elaboración de informes trimestrales que reflejen su progreso, logros y habilidades, garantizando la transparencia y trazabilidad del proceso.	Se asiste a las reuniones programadas para explicación sobre cómo se llevará a cabo el registro de los deportistas, tanto en la base de datos (Ondrive) como en el SIM, así como para revisar el tema de escenarios, materiales y otros aspectos operativos; el estado de inscripciones a intercolegiados por deportes y jornada masiva de inscripción para los Juegos Intercolegiados, se realiza la inscripción de 38 niños parte de la IED María Currea y otras instituciones de la zona 4 y 6 según lo establecido para levantamiento de pesas.
Obligación 5: Desarrollar reuniones mensuales con los formadores junior para unificar criterios deportivos y realizar un encuentro deportivo cada mes orientado a la identificación y promoción de talentos escolares.	Para el periodo comprendido para este informe, no se realizaron reuniones dado que no hay formadores junior del deporte enseñado, se realiza la identificación y reporte de 2 estudiantes a promesas deportivas, se adjunta PDF con reporte realizado.
Obligación 6: Asegurar la calidad del proceso de Formación Integral mediante valoraciones formativas y la implementación efectiva de la propuesta pedagógica del IDRD, con reportes mensuales sobre el progreso de los estudiantes.	Para el periodo comprendido para este informe aun no se realizan valoraciones formativas, se organiza información para la correcta implementación de la propuesta pedagógica recibida en la malla curricular y semilleros y se asiste a la cualificación pedagógica sobre valoraciones formativas.

Obligación 7: Integrar los lineamientos psicosociales del proyecto en las actividades y centros de interés, entregando evidencia mensual sobre el avance de estas acciones.	Se implementa la información entregada para abril en cuanto a lineamientos psicosociales se realizó su aplicación en las prácticas del centro de interés. Se adjunta formato de evidencias de actividades psicosociales.
Obligación 8: Asistir y apoyar eventos deportivos, reuniones y actividades de carácter local, nacional o internacional que le sean asignadas por la subdirección o la dirección de la entidad; contribuyendo al fortalecimiento de la misión de la entidad. Además, cada formador deberá inscribir a sus escolares en los Juegos Intercolegiados u otras competencias oficiales pertinentes, contribuyendo con ello al fortalecimiento de la misión institucional.	Para el periodo comprendido por este informe, no me fueron asignados acompañamientos a eventos, se asiste a la jornada masiva de inscripción a Intercolegiados y reuniones referentes al tema, se realiza la inscripción de 38 escolares para la participación a intercolegiados en el deporte de levantamiento de pesas.
Obligación 9: Adoptar medidas para prevenir cualquier conflicto de intereses, conforme a lo estipulado en la resolución 544 de 2025, "Por medio de la cual se adopta e implementa la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD", o la que esté vigente. 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.	Se adoptan todas las medidas para prevenir cualquier conflicto de intereses, se adjunta como evidencia formato sideap.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$ 340.200,00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLFONDOS	\$ 435.400,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 66.300,00
	TOTAL	\$ 841.900,00

[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.



Firma Contratista

Nombre Completo: MAGDA BETSABE MOYANO PLAZAS

No. Identificación: 52853948

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	MAGDA BETSABE MOYANO PLAZAS								
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	52853948	N° contrato	0843-2026	
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	6011749399		Fecha de pago	2026-04-17		Valor pagado	\$ 841.900		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$ 340.200		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ 435.400					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	\$ 66.300		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



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52853948
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MAGDA BETSABE MOYANO PLAZAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 H SUR NO 71 F 45 INT	TELÉFONO: 7803003
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6011749399	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	3	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 231887177

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
								X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 436.300
SUBTOTAL:			1	\$ 436.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 340.900
SUBTOTAL:			1	\$ 340.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 66.500
SUBTOTAL:			1	\$ 66.500

VALOR SIN MORA:	\$ 841.900
VALOR MORA:	\$ 1.800
TOTAL PAGADO:	\$ 843.700