



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.
05
FECHA DEL INFORME
31-05-2026

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STP-CPS-0180-2026
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2026800701700276E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MONICA MARIA SAENZ DELGADILLO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52951502
PLAZO DE EJECUCIÓN	5 meses 15 días
VALOR	\$ 11.781.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2026-01-22
FECHA DE TERMINACIÓN	06/07/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 2.142.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2026-05-01 - 2026-05-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES ENMARCADAS EN LA PROMOCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN Y CORRECTO USO, LA APROPIACIÓN, LA SOSTENIBILIDAD FÍSICA, SOCIAL Y AMBIENTAL DE LOS PARQUES Y ESCENARIOS BAJO ADMINISTRACIÓN DEL 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.).

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES, EVIDENCIAS Y UBICACIÓN
<p>Obligación 1: 1. Realizar la asignación de reservas y seguimiento de las franjas de práctica libre y autorizaciones de uso del escenario asignado.</p>	<p>Durante el mes Mayo del 1 al 30 del 2026, y los días de reservas, 4 ,12 ,19 y 25 realice las siguientes actividades: Se realiza proceso de reservas en cancha molinos, dejando programación instalada del mes que corresponde de igual manera se hace seguimiento a usuarios de practica libre, acompañando y expresando indicaciones de cómo hacer buen uso de los espacios y las normas establecidas por el IDRDR.</p>
<p>Obligación 2: 2. Reportar acciones de mantenimiento, novedades o daños de las condiciones físicas de la grama y su entorno, utilizando los mecanismos de información dispuestos para este fin.</p>	<p>Durante el periodo de este informe de mayo del 2026, realice las siguientes actividades: Se reportaron novedades sobre daño día 13 de mayo 2026; en cancha Molinos 2, el cual se arregló caja de luz que los usuarios tenían manipulada cada taco y que se había reportado un día anterior , se cortó también cable de la otra (caja de luz taco principal parte de afuera de la cancha) el cual se encontraba expuesto, con corto y peligroso para usuarios y/o niños del colegio aledaño, también se reportó nuevamente rejas dañadas Palermo sur los días; 20 de Mayo del 2026, y mantenimiento los días 5, 12 y 13 de mayo 2026</p>
<p>Obligación 3: 3. Realizar semanalmente talleres, conversaciones o actividades con los usuarios para recordar normas y condiciones de uso que prolonguen el buen estado de la grama y el entorno.</p>	<p>Durante el periodo de este informe 12,13, 20 ,25 de mayo del 2026;</p> <p>, Se realiza dialogo con personas de la comunidad para fomentar la comunicación asertiva y efectiva entre ellos y así no presentarse inconvenientes y se les reitera información sobre no utilizar las canchas en horas que ya estén reservadas, se dialoga con profesores del colegio Liceo san pablo de marruecos para mantener aseo de la cancha</p> <p>*Se realiza diálogos con la comunidad, para acordar temas relacionados con la organización de las canchas Palermo, y el trato adecuado con la comunidad en Molinos ,Marruecos y Palermo sur.</p>
<p>Obligación 4: Obligación 4: Documentar las acciones de apoyo y respeto comunitario que motiven y fortalezcan las relaciones y mejoren las percepciones de seguridad con los usuarios de los parques y / o escenarios</p>	<p>Durante el periodo informe 6,13,22,25, Mayo del 2026, realice las siguientes actividades: Se realizan charlas con usuarios para fomentar el respeto entre la comunidad, y entre los profesores de las escuelas y programa institucional, socializando y recordando sobre las normas de uso frecuentes para permanecer en buen estado la cancha, se pide colaboración a usuarios para que por favor ayuden a mantener sin basuras la cancha, respetar sus espacios ya dichos e indicados en planillas,</p>

Obligación 5: Obligación 5. Realizar y evidenciar el diligenciamiento de los formatos dispuestos para realizar las mediciones y conteos en la ejecución de las actividades que oriente el supervisor (registro de ingresos, estado de gramas, encuestas y demás).	Durante el periodo informe MAYO del 2026 que son días de las reservas, se solicita a usuarios el diligenciamiento de QR solicitado para tener registro interno de usuarios que harán uso a las canchas, diligenciamiento de formato indicado por supervisión
Obligación 6: Obligación 6. Registrar en el informe mensual de actividades las gestiones adelantadas en virtud del cumplimiento del objeto contractual y cargar mensualmente en la plataforma SECOP II dicho informe debidamente firmado por el supervisor.	Se carga en SECOP informe de actividades dando cumplimiento a contrato, este corresponde a el mes de Mayo del 2026 cto 0180 del 2026.
Obligación 7: Obligación 7. Asistir a las capacitaciones y / o reuniones que le sean informadas y generar estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor	Mayo del 2026: Se asiste correspondiente al mes de Mayo 2026 y así poder llevar a cabo actividades satisfactoriamente en nuestra área de trabajo , teniendo en cuenta temas actuales explicados por el jefe inmediato
Obligación 8: Obligacion 8. Las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato	Se realiza bitácora correspondiente al mes de mayo del 2026

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	\$ 218.900,00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$ 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

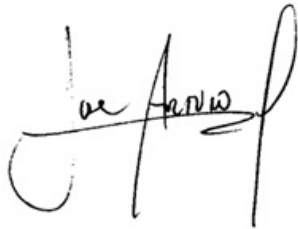
Nombre Completo: MONICA MARIA SAENZ DELGADILLO

No. Identificación: 52951502

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jose Arturo', written over a horizontal line.

Firma Supervisor

Nombre Completo: JOSE ARTURO PENA PERDOMO

No. Identificación: 80242335

Cargo: PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-02

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	MONICA MARIA SAENZ DELGADILLO							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	52951502	N° contrato	0180-2026	
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	76725289	Fecha de pago	2026-05-24	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 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



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52951502	MONICA MARIA SAENZ DELGADILLO		CLLE 49A N 5D 53 SUR	5122623	MONICAMARIASAENZDELGADILLO@GMAIL.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
		76725289	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$549.800	

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	20	3.200	0	222.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	20	4.100	0	284.300	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	20	700	43.400			427	43.400	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	222.100
Pensión	1	280.200	284.300
Riesgos Laborales	1	42.700	43.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	549.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52951502	MONICA MARIA SAENZ DELGADILLO		CLLE 49A N 5D 53 SUR	5122623	MONICAMARIASAEENZDELGADILLO@GMAIL.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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76725289	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$549.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Calom. exactor	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IP	IP	IP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 52951502	SAENZ DELGADILLO MONICA MARIA		57	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA