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.	2		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	15	12	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2514 de 10 de Noviembre de 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2020800201101592E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.016.004.654	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (15) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 5.775.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17 de Noviembre de 2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	16/12/2020 AL 24/01/2021 (39 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	10 de Marzo de 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	1 al 15 de Diciembre de 2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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)

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	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Apoyar de manera presencial y/o virtual la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	1. **ACTIVIDADES:** Para este periodo se atendieron grupos de las vacaciones decembrinas Jornada Escolar complementaria en el parque Atahualpa con las IED. 2. **EVIDENCIA:** Consentimientos informados, mural, fotos y videos de las actividades realizadas durante la primera semana del mes de Diciembre del 1 al 4 en los horarios de 10:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 4:00 pm, de forma presencial en el parque Atahualpa. 3. **UBICACIÓN:** Esta información reposa en el Drive con el gestor IED, y en el Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 1 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 2: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.	1. **ACTIVIDADES:** Para este periodo del mes de diciembre se planean las clases en formato Excel, los cuales son enviados al gestor IED y posteriormente subidos en el drive, se realizan los planes conforme con lo establecido en los planes pedagógicos. 2. **EVIDENCIA:** presentación de planeación en el formato Excel, para los grupos a trabajar en las vacaciones decembrinas para los días del 1 al 4 de diciembre en los horarios de 10:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 4:00 pm, de forma presencial en el parque Atahualpa. 3. **UBICACION:** Esta información reposa en el Drive con el gestor IED, y en el Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 2 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 3: Ejecutar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se	1. **ACTIVIDADES:** Para este periodo del mes de Diciembre se ejecutan las sesiones de manera presencial en las vacaciones

compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	decembrina, correspondiente al parque Atahualpa. 2. **EVIDENCIA:** Planeación en el formato Excel, y ejecución de forma presencial para los grupos a trabajar en las vacaciones decembrinas para los días del 1 al 4 de diciembre en los horarios de 10:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 4:00 pm, en el parque Atahualpa. 3. **UBICACION:** Esta información reposa en el Drive con el gestor IED, y en el Secop II - #7 Ejecución del contrato carpeta obligación 3 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 4: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	1. **ACTIVIDADES:** Se solicita la habilitación del usuario y contraseña para acceso al SIM, el cual venia usando durante el año y que por motivo de terminación de contrato estaba inhabilitado; por medio de la gestora notifican la nueva contraseña de acceso para inicio de actividades.
Obligación No. 5: Elaborar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto.	1. **ACTIVIDADES:** Para este periodo del mes de diciembre se elaboran las clases en formato Excel, los cuales son enviados al gestor IED y posteriormente subidos en el drive, se realizan los planes conforme con lo establecido en los planes pedagógicos. 2. **EVIDENCIA:** Planeación en el formato Excel, y ejecución de forma presencial para los grupos a trabajar en las vacaciones decembrinas para los días del 1 al 4 de diciembre en los horarios de 10:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 4:00 pm, en el parque Atahualpa. 3. **UBICACION:** Esta información reposa en el Drive con el gestor IED, y en el Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 5 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 6: Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al	1. **ACTIVIDADES:** Para este periodo del mes de diciembre se planean las clases en formato Excel, los cuales son enviados al gestor IED y

Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	posteriormente subidos en el drive, se realizan las sesiones conforme con lo establecido en los planes pedagógicos. 2. **EVIDENCIA:** Planeación en el formato Excel, y ejecución de forma presencial para los grupos a trabajar en las vacaciones decembrinas para los días del 1 al 4 de diciembre en los horarios de 10:00 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 4:00 pm, en el parque Atahualpa. 3. **UBICACION:** Esta información reposa en el Drive con el gestor IED, y en el Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 6 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 7: Apoyar de manera presencial y/o virtual la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	1. **ACTIVIDADES:** Se solicito a los estudiantes que participan en las vacaciones recreo deportivas la entrega de los consentimientos informados donde relación que no tienen ningún impedimento para la realización de las actividades. 2. **EVIDENCIA:** Consentimientos informado del gestor IED. 3. **UBICACIÓN:** Carpeta gestor IED Jornada Escolar Complementaria.
Obligación No. 8: Recopilar de manera presencial y/o virtual las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	1. **ACTIVIDADES:** Se solicito a los estudiantes que participan en las vacaciones recreo deportivas la entrega de los consentimientos informados donde relación que no tienen ningún impedimento para la realización de las actividades. 2. **EVIDENCIA:** Consentimientos informado del gestor IED. 3. **UBICACIÓN:** Carpeta gestor IED Jornada Escolar Complementaria.
Obligación No. 9: Apoyar de manera presencial y/o virtual las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	1. **ACTIVIDADES:** Durante este periodo se asistieron a las siguientes reuniones: 1. Dia: 7 de Diciembre Lugar: Plataforma MEET Motivos: Guías didácticas para escolares con algún tipo de

	discapacidad. 2. Dia: 9 de Diciembre Lugar: Plataforma MEET Motivos: Guías didácticas, sesiones de clase y Malla curricular 3. Dia: 10 Diciembre Lugar: Plataforma MEET Motivos: Sesiones de clase, guías didácticas, malla curricular y Lúdica 4. Dia: 11 Diciembre Lugar: Plataforma MEET Motivos: Diseño de criterios morfofuncionales por centro de interés 5. Dia: 14 Diciembre Lugar: Plataforma MEET Motivos: Retroalimentación de las construcciones por centros de interés 6. Dia: 15 Diciembre Lugar: Participación conversatorio internacional virtual “el deporte escolar, E-SPORT y profesionalización: rompiendo paradigmas para la transformación social” **2. EVIDENCIA:** Actas, pantallazos de reuniones y grabaciones de estas. **3. UBICACIÓN:** Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 9 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.	**1. ACTIVIDADES:** Para este periodo no se identificaron estudiantes con avances técnicos, motrices y deportivo, para pertenecer al proyecto de semilleros. Cuando sea pertinente se informará a la gestora IED, y al componente pedagógico los talentos.
Obligación No. 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer Respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de	**1. ACTIVIDADES:** Hago entrega del certificado del curso de Primer Respondiente con el informe del mes de Noviembre a la gestora IED. **2. EVIDENCIA:** Copia del certificado de Primer Respondiente

salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	**3. UBICACIÓN:** Secop II - #7 Ejecución del contrato, carpeta obligación 11 del informe del mes de Diciembre.
Obligación No. 12: Cumplir con los Lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	**1. ACTIVIDADES:** Cumplo con cada uno de los lineamientos propuestos tanto a nivel operativo como formadora, y a nivel pedagógico planificando las sesiones de clase con base a los planes pedagógicos y sociales establecidos para el centro de interés baloncesto y el programa.
Obligación No. 13: Participar de manera presencial y/o virtual en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.	**1. ACTIVIDADES:** A la fecha no se han presentado eventos de participación me encuentro en disposición para la participación de los eventos que se presenten a nivel local, zonal y correspondientes al programa, para el centro de interés de Baloncesto de la IED.
Obligación No. 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**1. ACTIVIDADES:** Dentro del centro de interés se fomentan espacios donde se desarrolla tanto el estado físico como emocional de los estudiantes brindándole la posibilidad de participar en actividades lúdicas y recreativas, así como promover la inclusión de los estudiantes en el centro de interés, según los lineamientos del proyecto.
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SURA	$116.400
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$149.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$22.700
	TOTAL	$288.100

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)

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

Nota: 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
Lina Alejandra Mariño Muñoz
CC. 1.016.004.654

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

En el presente lapso, la contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones contractuales asignadas.

Lised Viviana Rivera Castellanos
C.c 1.053.325.254
Gestora IED

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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	Contrato No.	**2514-2020**													
2	Nombre del Contratista	**LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1016004654**							
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**x**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**x**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**x**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**116.400,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**149.000,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.700,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	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									SI		NO	**x**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**x**		
12	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.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**x**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**x**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									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 tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:											%			

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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**x**

El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios

Lina A Mariño M

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **15** MM **12** AA **2020**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016004654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA ALEJANDRA MARINO MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CR 72 N 23-24 INT 10 - 503	TELÉFONO:	1234567
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:		**4367266692**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2020		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/07			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992995458

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 74.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.500	$ 0	$ 74.500
SUBTOTALES:										**$ 74.500**	**$ 0**	**$ 74.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 58.200
SUBTOTALES:													**$ 58.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.900	$ 4.900	$ 0	$ 0	$ 4.900
SUBTOTALES:									**$ 4.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1016004654	MARINO MUNOZ LINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 931.000				NO	16																25-14 COLPENSIONES	15	$ 465.500	$ 74.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	15	$ 465.500	$ 58.200	$ 0	$ 58.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 465.500	101600465	$ 4.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 137.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016004654
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA ALEJANDRA MARINO MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	AV CR 72 N 23-24 INT 10 - 503	TELÉFONO:	1234567
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:		**4367314913**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993001571
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4367266692	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/12/07

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 74.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 74.500	$ 0	$ 74.500
SUBTOTALES:										**$ 74.500**	**$ 0**	**$ 74.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 58.200	$ 0	$ 0	$ 58.200
SUBTOTALES:													**$ 58.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 58.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 17.800	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 17.800
SUBTOTALES:									**$ 17.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP																	
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																					ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1016004654	MARINO MUNOZ LINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 931.000				NO	16						A										25-14 COLPENSIONES	15	$ 465.500	$ 74.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	15	$ 465.500	$ 58.200	$ 0	$ 58.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 465.500	101600465	$ 4.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1016004654	MARINO MUNOZ LINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 931.000				NO	01						C										25-14 COLPENSIONES	30	$ 931.000	$ 149.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 149.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 931.000	$ 116.400	$ 0	$ 116.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 931.000	101600465	$ 22.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1016004654	MARINO MUNOZ LINA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 931.000				NO	01						R										25-14 COLPENSIONES	15	$ 465.500	$ 74.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 74.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	15	$ 465.500	$ 58.200	$ 0	$ 58.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	15	$ 465.500	101600465	$ 17.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 150.500**

ADRES

La salud es de todos Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016004654
NOMBRES	LINA ALEJANDRA
APELLIDOS	MARIÑO MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Lised Viviana Rivera Castellanos
CC. 1053325254
Gestora IED

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	30/08/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/06/2020 17:54:37 **Estación de origen:** 186.84.88.158

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Lina Alejandra Mariño Muñoz
Formadora

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN:	OPERATIVA	DD	MM	AA
ACTA No.			15	12	2020

LUGAR:	GOOGLE MEET	**HORA DE INICIO:**	12:00 p.m.	**HORA FIN:**	1:00 p.m.

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
JHON GABRIEL QUICENO	FORMADOR	JEC - IDRD - CONVENIO
LEONARDO CHAVEZ SILVA	FORMADOR	JEC - IDRD - CONVENIO
LINA ALEJANDRA MARIÑO	FORMADORA	JEC - IDRD - CONVENIO
ESMERALDA HUAMBACHANO DAZA	FORMADORA	JEC - IDRD - CONVENIO
ANDRES FELIPE AVELLANEDA	FORMADORA	JEC - IDRD - CONVENIO
RUBEN DARIO RODRIGUEZ	FORMADORA	JEC - IDRD - CONVENIO
LISED VIVIANA RIVERA CASTELLANOS	GESTORA IED	JEC - IDRD - CONVENIO

ORDEN DEL DIA

1 RELACION ACTIVIDADES 1 AL 15 DE DICIEMBRE	4
	5

TEMAS TRATADOS

1. RELACION DE ACTIVIDADES: En la presente acta se relacionan las actividades que se realizaron en el periodo comprendido entre el 01 al 15-12-2020 de la siguiente manera:

Durante la semana del 30-11-2020 y el 4-12-2020, los formadores realizaron actividades recreo deportivas en diferentes parques de la ciudad de Bogotá:

Lina Alejandra Mariño: Parque Atahualpa de la localidad de Fontibón, los días 30-11-2020, 01,02 y 04-12-2020, realizó trabajo pedagógico para entrega del producto al drive asignado.

Esmeralda Huambachano Daza: Parque desarrollo Alfonso López de la localidad de Usme, los días 01, 03, 04 -12-2020, el día 02-12-2020 realizó trabajo pedagógico para entrega del producto al drive asignado.

Rubén Darío Rodríguez: debido a la edad y por temas de bioseguridad el formador no fue asignado a ningún parque, sin embargo, realizo actividades pedagógicas y sociales con los coordinadores de los componentes mencionados.

Andrés Felipe Avellaneda: asignado al Parque la Francia de la localidad de Puente Aranda, los días 30-11-2020, 01, 02, 04 -12- 2020 el día jueves 03-12-2020 2020 realizó trabajo pedagógico para entrega del producto al drive asignado.

Jhon Gabriel Quiceno: por temas de salud, el formador no fue asignado a ningún parque, sin embargo, realizo actividades pedagógicas y sociales con los coordinadores de los componentes mencionados.

Leonardo Chávez Silva, asignado al Parque de Engativá de la localidad de Engativá, los dias 30-11-2020, 01, 02, 04 -12- 2020 el día jueves 03-12-2020 2020 realizó trabajo pedagógico para entrega del producto al drive asignado.

TEMAS TRATADOS

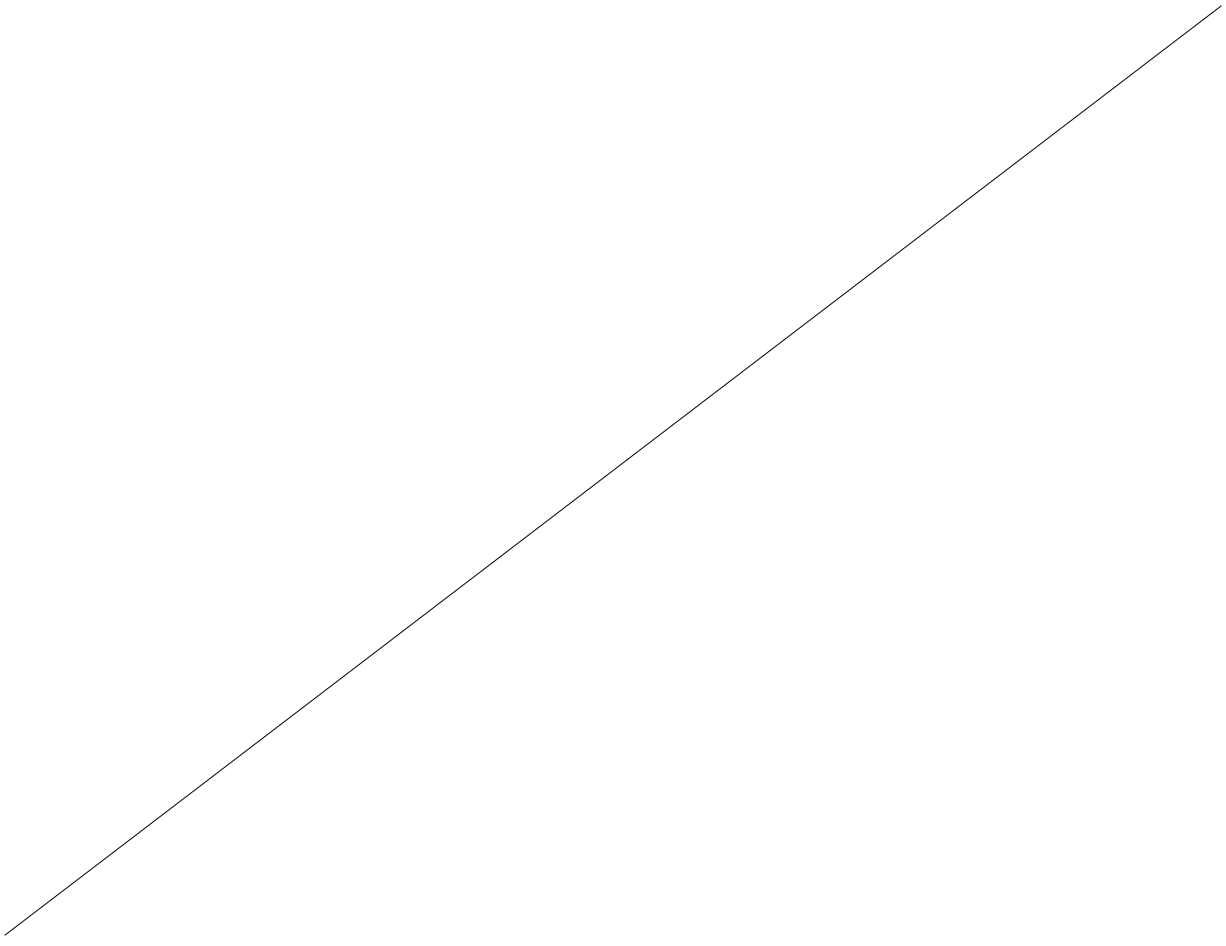
En cada parque se desarrollaron actividades recreodeportivas encaminadas a la integración social de niños, niñas y adolescentes de las IED´s pertenecientes al programa, bajo la supervisión de los componentes operativo, social y pedagógico, cada formador hizo entrega de las respectivas evidencias en un drive con carpetas por días según la operación, la cual se subirá al SECOP II con el informe de Diciembre.
Del 07 al 15-12-2020: cronograma de acciones pedagógicas y sociales:

07-12-2020: AM: Propuesta, diseño y contenido de guías pedagógicas didácticas para escolares con algún tipo de discapacidad. (producto guía por formador) PM: Reunión componente social

09-12-2020: AM: Diseño de guías por ciclos, sesiones de formación, mallas curriculares (producto Guías)PM: reunión con formadores lideres por centro de interés (enlace reunión, pantallazos).
10-12-2020: AM: Reunión pedagógica por centro de interés, caracterización lúdica(producto elaboración de sesiones) PM: 2° reunión con formadores lideres por centros de interés (enlace reunión, pantallazos).
11-12-2020: AM: Reunión por centros de interés para el diseño de criterios morfofuncionales (producto Sesiones ciclo 1-2), PM: Continuidad reunión con formadores lideres por ci (enlace reunión, pantallazos).
14-12-2020: AM: Consolidación de información de producto intelectual (productos de la semana).

15-12-2020: Entrega drive y participación del conversatorio internacional virtual "el deporte escolar E-sport y profesionalización: rompiendo paradigmas para la transformación social (producto entrega Drive general).

Para cada actividad programada se realizó la entrega de productos los cuales fueron subidos a un drive y su respectiva carpeta marcada con el nombre de cada formador, las cuales fueron verificadas y revisadas por la gestora IED Lised Viviana Rivera Castellanos.



COMPROMISOS		
TEMA	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE** PARA SU REALIZACIÓN
ENTREGA EVIDENCIAS VACACIONES RECREATIVAS	Formadores	4/12/2020
ENTREGA ACCIONES PEDAGOGICAS Y SOCIALES	Formadores	15/12/2020

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	**SI**	**x**	**NO**	
Observaciones				

LA PRESENTE ACTA CONSIGNA LAS MEMORIAS REALIZADAS EN LA REUNIÓN VIRTUAL MEDIANTE LA APLICACIÓN O PLATAFORMA VIRTUAL **Google Meet**, ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS, ANTE LA DECLARATORIA DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA, "durante el período de aislamiento preventivo obligatorio las personas naturales vinculadas a las entidades públicas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, continuarán desarrollando sus objetos y obligaciones contractuales mediante trabajo en casa y haciendo uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones", DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 491 DEL 28 DE MARZO DE 2020. POR LO CUAL CONTIENE FIRMAS DIGITALES Y SE RELACIONA LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Siendo las _____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		**SECRETARIO (S)** Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	Lised Rivera	**FIRMA**		
NOMBRE	LISED VIVIANA RIVERA	**NOMBRE**		
CARGO	GESTORA IED	**CARGO**		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	LISED VIVIANA RIVERA CASTELLANOS

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ	COORDINADOR	LISED VIVIANA RIVERA CASTELLANOS
FECHA REVISIÓN	2020-12-07 15:29:54	Mes	Noviembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SIMON RODRIGUEZ (I	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	1	**Lunes,10:00:00,11:30:00** 23 **Martes,10:00:00,11:30:00** 24 **Miercoles,10:00:00,11:30:00** 25 **Jueves,10:00:00,11:30:00** 26 **Viernes,10:00:00,11:30:00** 27	23-24-25-26-27		10	9
	SIMON RODRIGUEZ, NUEVA GRANADA, BOSQUE CALDERON TEJADA,	2	**Lunes,14:00:00,15:30:00** 23 **Martes,14:00:00,15:30:00** 24 **Miercoles,14:00:00,15:30:00** 25 **Jueves,14:00:00,15:30:00** 26 **Viernes,14:00:00,15:30:00** 27	23-24-25-27			

FECHA - HORARIO	2020-11-19 (16:40:00 - 17:00:00)	TEMA	Presentación formadores y gestora IED, lineamientos inicio de actividades.
FECHA - HORARIO	2020-11-19 (18:00:00 - 18:30:00)	TEMA	Inicio de actividades, organización grupos y horarios.
FECHA - HORARIO	2020-11-20 (10:30:00 - 12:30:00)	TEMA	Presentación formadores y gestora de convenio, encuestas, notas, información vacaciones recreativas, intervención operativo zona 1
FECHA - HORARIO	2020-11-24 (12:00:00 - 13:00:00)	TEMA	Lineamiento entrega de informes, encuestas, vacaciones recreativas.

Lina Alejandra Mariño Muñoz
Formadora

Lised Viviana Rivera Castellanos
CC. 1053325254
Gestora IED

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. CRP 11847 2514.pdf	1. CRP 11847 2514.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2514.pdf	2. ARL 2514.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	16. CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE 1016004654.pdf	16. CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE 1016004654.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 NOVIEMBRE - CTO 2514-2020.rar	EVIDENCIAS INFORME 1 NOVIEMBRE - CTO 2514-2020.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1. INFORME NOVIEMBRE CTO 2514-2020.pdf	1. INFORME NOVIEMBRE CTO 2514-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Lised Viviana Rivera Castellanos
CC. 1053325254
Gestora IED

Lina Alejandra Mariño Muñoz
Formadora