

PROCESO		EJECUCIÓN Y ARTICULACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS				Versión 1												
FORMATO		Informe Mensual Para Monitores De Hábitos Y Estilos De Vida Saludable				Código: EP-FR-145												
						Página 1 de 1												
ENTE TERRITORIAL		INDEPORTES TOLIMA		MUNICIPIO(S)		ATACO												
NOMBRE MONITOR (A)		HEYDELBERTH ROCHATORRES		No. CÉDULA		1,108,833,064												
No. CONTRATO		551		FECHA INICIO DE CONTRATO		16/01/2014 PLAZO DE EJECUCIÓN 5,5 Meses												
MES DEL INFORME		JUNIO AÑO 2014		FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME		06 07 2014												
DATOS CONTACTO		CORREO ELCTRÓNICO ahcor-1993@hotmail.com		TELÉFONO:		3132301643												
1. GRUPOS REGULARES DE ACTIVIDAD FÍSICA																		
No	NOMBRE DEL GRUPO	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	No. SESIONES MENSUAL	COBERTURA POBLACIONAL												SUBTOTAL		
				PRIMERA INFANCIA		INFANCIA		ADOLESCENCIA Y JUVENTUD		ADULTO JOVEN		ADULTO		PERSONA MAYOR			PERSONA CON DISCAPACIDAD	
				0-5		6 A 11		12 A 17		18 A 25		26 A 60		>60				
				M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H		M	H
1	Los zum beros	Comunitario	12															30
2	Docentes Activos	Comunitario	12															30
3	Caminantes del Sabor	Comunitario	12															30
4	Madres Activas	Comunitario	12															30
5	Jovenes Activos	Comunitario	12					21	2	10								33
6																		0
7																		0
8																		0
9																		0
10																		0
SUBTOTALES POR RANGO DE EDAD				0	0			23		48		69		13		0		153
2. GRUPOS NO REGULARES DE ACTIVIDAD FÍSICA																		
No	NOMBRE DEL GRUPO	DÍA Y HORARIO DE TRABAJO	ÁMBITO DE INTERVENCIÓN	No. DE SESIONES MENSUAL		PROMEDIO PARTICIPANTES POR SESIÓN												
1	Niños CDI la sombrerera # 11	Jueves 09:30 A.M	COMUNITARIO	4		24												
2	Generaciones con Bienestar Vereda Mesa de Pole Ataco.	Miercoles 03:30 P.M	COMUNITARIO	4		25												
3	Niños CDI la sombrerera # 9	Jueves 09:30 A.M	COMUNITARIO	4		25												
4																		
SUBTOTAL							74											
3. ASESORÍA A INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES (PARA REALIZAR EL REPORTE ES NECESARIO QUE EN CADA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN SE DESARROLLEN COMO MÍNIMO LAS 3 INTERVENCIONES: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN -EC, EVENTO DE MOVILIZACIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA Y CAPACITACIÓN)																		
No.	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	ÁMBITO DE LA INTERVENCIÓN	PERSONA DE CONTACTO- E MAIL- TELÉFONO		FECHA DE REPORTE DE ASESORÍA		PROMEDIO PERSONAS IMPACTADAS											
1	Martin Pomala	Educativo	Astrid Lozano astidlozano5357@hotmail.com 2240191		11 06 2014		102											
2	Seapto s.a	Laboral	Diana Marcela Tao dymatao@hotmail.com 3204636076		24 06 2014		3											
SUBTOTAL							105											
4. TRABAJO INTERSECTORIAL																		
No.	FECHA	INSTITUCIONES INVOLUCRADAS	OBJETIVO	RESULTADO (PLAN DE ACCIÓN, ACUERDO, RESOLUCIÓN, ACTA DE COMPROMISO ETC.)														
5. ACCIONES O EVENTOS DESARROLLADOS POR EL MONITOR PARA PROMOVER HEVS EN EL MUNICIPIO O EN LOS MUNICIPIOS																		
No.	FECHA	NOMBRE Y BREVE DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN O EVENTO	TIPO DE ENFOQUE DE LAS INTERVENCIONES (INFORMATIVO-COMPORTAMENTAL Y SOCIAL- AMBIENTALES Y DE POLÍTICAS)		LUGAR	No. PARTICIPANTES												
1	12/06/2014	Gran evento de movilizacion masiva, tarde de AF, recreacion y deportes, se realizaron encuentros deportivos donde Participaron niños de la zona rural del municipio y urbana, institucion educativa y comisaria de familia generando una cultura de actividad fisica y recreacion en los habitos y estilos de vida saludables en la comunidad Atacuna.	Informativo		Parque Central y Alcaldia Municipal	150												
2																		
SUBTOTAL							245											
6. CONSOLIDADO PARTICIPANTES EN ACCIONES DESARROLLADAS POR EL GESTOR																		
ITEM	USUARIOS GRUPOS REGULARES	USUARIOS NO REGULARES	USUARIOS ASESORADOS		PARTICIPANTES ACCIONES O EVENTOS	TOTAL PERSONAS ATENDIDAS												
TOTAL	153	74	105		245	577												

7. REGISTRO FOTOGRÁFICO

GRUPOS REGULARES DE ACTIVIDAD FÍSICA



NOMBRE DEL GRUPO	Docentes Activos	FECHA	02-jun-14
------------------	------------------	-------	-----------



NOMBRE DEL GRUPO	Caminantes del Sabor	FECHA	10-jun-14
------------------	----------------------	-------	-----------

GRUPOS NO REGULARES DE ACTIVIDAD FÍSICA



NOMBRE DEL GRUPO	CDI La sombrerera. Cede 11 Y 9	FECHA	05-jun-14
------------------	--------------------------------	-------	-----------



NOMBRE DEL GRUPO	Generaciones con Bienestar	FECHA	11-jun-14
------------------	----------------------------	-------	-----------

ASESORÍA A INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES



NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN	Martín Pomala	FECHA	11-jun-14
---	---------------	-------	-----------



NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN	seapto s.a	FECHA	24-jun-14
---	------------	-------	-----------

TRABAJO INTERSECTORIAL

IMAGEN 1

IMAGEN 2

LUGAR _____ FECHA _____

LUGAR _____ FECHA _____

ACCIONES O EVENTOS DESARROLLADOS POR EL MONITOR QUE SE REALICEN PARA PROMOVER HEVS EN EL MUNICIPIO (S)



ACCIÓN Evento de Movilización Masiva FECHA 12-jun-14

ACCIÓN Evento de Movilización Masiva FECHA 12-jun-14

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CONSIDERE RELEVANTE SOCIALIZAR:

 FIRMA ENTE DEPORTIVO		 FIRMA GESTOR (A)		 FIRMA MONITOR (A)	
NOMBRE COMPLETO:		NOMBRE COMPLETO:	AMERICA RAMOS ESCOBAR	NOMBRE COMPLETO:	HEYDELBERTH ROCHA TORRES
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	14'216909	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	65.773.396	DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,108,833,064

NOMBRE ENTE DEPORTIVO	Indeportes Tolima	MUNICIPIO	Alaco.
NOMBRE DEL GESTOR O MONITOR	Heydelberth Rocha T.	TELÉFONO	313339
INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN ASESORADA	Martin Pomala.	ÁMBITO	Educativo.
DIRECCIÓN	Avenida Principal.	No. PERSONAS	102.
PERSONA CONTACTO	Astrid Lozano.	CARGO	Rectora.
TELÉFONO	3158006960.	EMAIL	astridlozano9357@hotmail.com

Para reportar una institución u organización como asesorada es necesario que en cada institución se desarrollen como mínimo estas 3 intervenciones:

1. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Descripción de la actividad	Se realizó charlas de motivación sobre AF. Se desarrollo charlas de motivación y concientización en las aulas de los grados superiores para invitarlos a que se apropien de los buenos hábitos y estilos de vida saludable con el fin de que se apliquen durante todo el año escolar y sea un método de enseñanza y cultura sobre la protección la salud de la comunidad.		
Instituciones cooperantes	Institución Educativa Técnica Martín Pomala.		
Lugar donde se desarrollo	Inz. Martín Pomala.	Fecha de realización	05-06-2014.
Número de personas participantes	100.	Persona de contacto	Astrid Lozano
Firma persona contacto		Teléfono	3158006960 2240191
Correo electrónico	astridlozano9357@hotmail.com		

2. EVENTO DE MOVILIZACION EN ACTIVIDAD FÍSICA

Descripción de la actividad:	Escuela de Actividad Física y protección del espacio 100% Libre de humo de tabaco. Se desarrollo unasesion de actividad física donde participaron docentes y Alumnos y Grupo de Alumnos protectores del medio ambiente y el espacio 100% libre de humo de tabaco.		
Instituciones cooperantes:	Institución Educativa Técnica Martín Pomala.		
Lugar donde se desarrollo	Inz. Martín Pomala.	Fecha de realización	09-06-2014.
Número de personas participantes	200.	Persona de contacto	Astrid Lozano
Firma persona contacto		Teléfono	3158006960 2240191
Correo electrónico	astridlozano9357@hotmail.com		

CAPACITACION A LÍDERES QUE PERMITAN LA AUTOSOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

Descripción de la actividad (temáticas abordadas):

Se desarrolla capacitación de los buenos hábitos Alimentación. y la recomendación de la actividad física. Durante el desarrollo educativo.

Objetivo de la Actividad

Que la Institucion tome los parametros de programa como metodo de enseñanza y prevención de enfermedades.

Instituciones cooperantes

Institucion educativa tecnica merita

Permuta -

Lugar donde se desarrollo

Institucion edcat.

Fecha de realización

11-06-2014

Número de personas participantes

4

Persona de contacto

Antonio Brano

Firma persona contacto



Teléfono

3158006960
2240191

Correo electrónico

Antonio Brano 5357@hotmail.com

Una vez completado todo el formulario favor enviarlo al gestor para que sea anexado en la carpeta del programa



NOMBRE ENTE DEPORTIVO	Indepartes Tolima.	MUNICIPIO	Ajaico.
NOMBRE DEL GESTOR O MONITOR	Heydelberth Rocha	TELÉFONO	3143194732.
INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN ASESORADA	Seapto. S.a.	ÁMBITO	laboral.
DIRECCIÓN	Barrio centro Ajaico	No. PERSONAS	x 3.
PERSONA CONTACTO	x Diana Marcela Táo	CARGO	x ASESORA
TELÉFONO	x 3204636076	EMAIL	x Dymataa@

Para reportar una institución u organización como asesorada es necesario que en cada institución se desarrollen como mínimo estas 3 intervenciones:

1. DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

Descripcion de la actividad	Se desarrollo una presentación en powerpoint con el proposito de generar un conocimiento sobre la realización de pausas activas en el tiempo laboral dando a conocer los beneficios que tiene dicha acción en el tiempo laboral y en la salud de cada funcionario que labora en la entidad.		
Instituciones cooperantes	Seapto. S.a.		
Lugar donde se desarrollo	Oficina principal	Fecha de realización	17-06-2014.
Número de personas participantes	1	Persona de contacto	x Diana Marcela Táo
Firma persona contacto		Teléfono	x 3204636076.
Correo electrónico	Dymataa@hotmail.com.		

2. EVENTO DE MOVILIZACION EN ACTIVIDAD FÍSICA

Descripcion de la actividad:	Sesion de Actividad física. y desarrollo de pausas actividad. Se desarrollo una sesion AF. donde participaron los funcionarios y algunos familiares y clientes de la empresa con el objetivo de mejorar la calidad de vida de cada uno de los funcionarios y clientes de la entidad generando buenos hábitos y estilos de vida saludable.		
Instituciones cooperantes:	Seapto. S.a.		
Lugar donde se desarrollo	Porque Mmero.	Fecha de realización	19-06-2014.
Número de personas participantes	3	Persona de contacto	x Diana Marcela Táo
Firma persona contacto		Teléfono	x 3204636076.
Correo electrónico	x Dymataa@hotmail.com		

CAPACITACION A LÍDERES QUE PERMITAN LA AUTOSOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

Descripcion de la actividad (temáticas abordadas):

Pausas Activas y saludables y Alimentación saludable.

Objetivo de la Actividad

Que la empresa tome como meta prevenir ENO la pausas Activas, en contra ECNT, en el tiempo laboral.

Instituciones cooperantes

Scapto S.A.

Lugar donde se desarrollo

oficina principal

Fecha de realización

24 - 06 - 2014.

Número de personas participantes

3

Persona de contacto

x filiana toranzo

Firma persona contacto

x 

Teléfono

x 320 632 814

Correo electrónico

x

Una vez completado todo el formulario favor enviarlo al gestor para que sea anexado en la carpeta del programa

Ataco, Fecha

Señores

**FONDO DE DESARROLLO DE PROYECTOS DE CUNDINAMARCA –
FONDECUN**

Calle 31 N° 13ª – 51 OF: 339

Ciudad

Asunto: Información solicitada por el art. 7 del Decreto 2972 de 2013

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 7 del Decreto 2972 de 2013, NO estoy obligado a presentar declaración de renta y complementarios por el año gravable 2013, porque soy o me consideran empleado, al cumplir los siguientes requisitos:

1. Durante el año gravable anterior, el 80% o más de mis ingresos brutos SI provinieron de una relación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza, independientemente de su denominación.
2. Durante el año gravable anterior el 80% o más de mis ingresos brutos SI provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o servicios técnicos, que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados o de maquinaria o equipo especializado.
3. NO soy responsables del impuesto sobre las ventas del régimen común,
4. En relación con el año gravable 2013, cumplí la totalidad de los siguientes requisitos adicionales:
 - a. Mi patrimonio bruto en el último día del año gravable 2013 no excedía de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$120.785.000).
 - b. Mis ingresos brutos fueron inferiores a mil cuatrocientas (1.400) UVT (\$37.577.000).
 - c. Mis consumos mediante tarjeta de crédito. no excedieron de dos mil ochocientas. (2.800) UVT (\$75.155.000).
 - d. El valor total de compras y consumos no superó las dos mil ochocientas (2.800) UVT (\$75.155.000).
 - e. El valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedió de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$120.785.000).

En constancia de lo anterior, firmo en Ataco a los _____ días del mes de _____.

Firma:

Heydelberth Rocha Torres.

Nombres y Apellidos: HEYDELBERTH ROCHA TORRES

No Documento de Identidad: 1108833064 Ataco Tolima.

DECLARACION JURAMENTADA

Ataco, Fecha:

Señores

**FONDO DE PROYECTOS DE DESARROLLO DE CUNDINAMARCA -
FONDECUN**

Ciudad

Por medio de la presente declaro bajo la gravedad del juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud por valor de \$ 86200 y a pensión por valor de \$110300 con Planilla de Pago No. 8225286436 que presento en el desembolso No. 6 corresponden a los ingresos provenientes del contrato No. 551 materia del pago en el desembolso mencionado.

Lo anterior en cumplimiento de lo establecido en el párrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, para efectos de la disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso.

Atentamente,

Heydelberth Rocha Torres.

FIRMA

Nombre: HEYDELBERTH ROCHA TORRES

C.C: 1108833064 de Ataco Tolima



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1108833064
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HEYDELBERTH ROCHA TORRES ROCHA TORRES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 6 N 3-39 TELÉFONO:	3132301
TIPO APORTANTE:	2-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: OTRAS ACTIVIDADES DE
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	8225286436	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: junio	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2014	PERIODO COTIZACIÓN: junio
DÍAS DE MORA:	17	AÑO: 2014
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2014/07/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992426074

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	PORVENIR		
SUBTOTAL:			1	\$ 110.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	SALUD TOTAL S. A. EPS ARS		
SUBTOTAL:			1	\$ 86.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		
SUBTOTAL:			1	\$ 7.200

TOTAL PAGADO:	\$ 203.700
----------------------	-------------------