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.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	05	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1785 del 02 de mayo del 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800701601438E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANDRA YULIETH QUINTERO LEÓN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1233905821	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSIÓN.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOCIENTOS VEINTICINCO DIAS (225)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS 17.842.500,00	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	4 DE MAYO DE 2021	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)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	27 DE DICIEMBRE DE 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 04 DE MAYO AL 30 DE MAYO DE 2021	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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados</td><td>Actividades: Se cumple con esta obligación mediante la realización y planificación de sesiones virtuales a los niños y niñas de la IED Antonio García zona 3 enfocadas en las diferentes competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas, contando con la mayor disposición en apoyar y aportar en la formación integral de los alumnos.
<table>
<tr><th>NOMBRE DEL COLEGIO</th><th>GRUPO N°</th><th>HORARIO</th><th>CICLO</th></tr>
<tr><td rowspan="4">IED ANTONIO GARCIA</td><td>1</td><td>MARTES Y JUEVES 8:00-9:30 AM</td><td>3</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MARTES Y JUEVES 3:00-4:30 AM</td><td>3</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MIERCOLES Y VIERNES DE 8:00-9:30 AM</td><td>3</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y VIERNES DE 3:00-4:30 AM</td><td>3</td></tr>
</table>
Evidencias: Sesiones de clase registradas en el SIM, registro de sesiones en la plataforma SIM.
Ubicación: Plataforma SIM usuario Sandra.Quintero, SECOP II CTO 1785-2021 Evidencias Mayo 2021 – Carpeta obligaciones N° 1</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.</td><td>Actividades: Se adelanta propuesta general del Centro de Interés de Patinaje en los grupos a mi cargo basados en la Malla Curricular para el ciclo 3
Evidencias: Malla curricular grupos 1, 2, 3, y 4 ciclo 3
Ubicación: SECOP II CTO 1785-2021 Evidencias Mayo 2021 – Carpeta obligaciones N° 2</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido),</td><td>Actividades: Se realiza la planeación de las sesiones de entrenamiento por medio de la plataforma SIM y posteriormente realizadas las sesiones se registra la asistencia de los niños a las clases en esta misma plataforma.
<table>
<tr><th>NOMBRE DEL COLEGIO</th><th>GRUPO N°</th><th>HORARIO</th><th>FECHAS PLANEADAS</th><th>FECHAS EJECUTADAS</th><th>ESCENRIO</th></tr>
<tr><td rowspan="4">IED ANTONIO GARCIA</td><td>1</td><td>MARTES Y JUEVES 8:00-9:30 AM</td><td>18, 20, 25, 27, DE MAYO</td><td>18 DE MAYO</td><td>VIRTUAL</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MARTES Y JUEVES 3:00-4:30 AM</td><td>18, 20, 25, 27, DE MAYO</td><td>18 DE MAYO</td><td>VIRTUAL</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MIERCOLES Y VIERNES DE 8:00-9:30 AM</td><td>19, 21, 26, 28 DE MAYO</td><td>19 DE MAYO</td><td>VIRTUAL</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y VIERNES DE 3:00-4:30 AM</td><td>19, 21, 26, 28 DE MAYO</td><td>19 DE MAYO</td><td>VIRTUAL</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	**Evidencias:** Reporte del SIM del mes de mayo, sesiones de clase en la plataforma SIM, Pantallazos de las clases realizadas. **Ubicación:** Plataforma SIM usuario Sandra.Quintero, SECOP II CTO 1785-2021 Evidencias Mayo 2021 – Carpeta obligaciones N° 3
Obligación No.4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.	**Actividades:** Se asiste a las sesiones por parte del equipo social con fines de fortalecimientos por parte del Gestor zonal Luigui Andre Castro en donde se trataron temas sociales sobre la igualdad de género. 1. 10 de mayo 7:00 am reunión de cualificación componente social. 2. 14 de mayo 4:30 pm reunión de cualificación por parte del componente social. 3. 18 de mayo 6:30 am reunión por parte del componente social. Se asiste a reuniones por parte del Gestor IED Antonio Nariño. 4. 6 de mayo 2:00 pm reunión por parte del Gestor IED Antonio García. 5. 13 de mayo 10:15 am reunión por parte del Gestor IED Antonio García. 6. 19 de mayo 6:00 am reunión por parte de la IED Antonio García para presentación de formadores. 7. 19 de mayo 7:00 am y 12:00 pm reunión de seguimiento para la realización de informes. **Evidencias:** 3 documentos con pantallazos de las reuniones por parte del componente social, 4 Actas de la realización de las reuniones por parte del Gestor IED Antonio García. **Ubicación:** SECOP II CTO 1785-2021 Evidencias Mayo 2021 – Carpeta obligaciones N° 4
Obligación No.5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y	**Actividades:** Se solicito a la IED Antonio García estos antecedentes o condiciones médicas, quienes expresaron que estos documentos reposan en físico en las instalaciones de la IED. Sin embargo, se envió por parte de la IED listados con la base de datos de los escolares, en donde se reporta parcialmente la información permanentemente de los escolares, sus familiares en relación a este tema.

su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido	**Evidencias:** Archivo base de datos escolares grupos de la IED **Ubicación:** SECOP II CTO 1785-2021 Evidencias Mayo 2021 – Carpeta obligaciones N° 5
Obligación No.6: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.	**Actividades:** Hasta la fecha no se han identificado estudiantes prometedores, ya que el proceso se inició hace una semana; sin embargo, una vez se tengan los lineamientos del proyecto de semilleros se estará remitiendo al Gestor IED.
Obligación No. 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, asi como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	**Actividades:** Este mes no se ha participado en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales para la representación de la entidad o por acompañamiento.
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	COMPENSAR	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 0
	TOTAL	$ 0

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
Sandra Yulieth Quintero León
C.C. 1233905821

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

En el presente periodo el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR 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.	**IDRD-CTO-1785-2021**												
2	Nombre del Contratista	**SANDRA YULIETH QUINTERO LEÓN**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1233905821**						
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 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800									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 $	**0.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**0.00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0.00**						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 inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo									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 (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712									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 (2020) $9,257,820 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 (2020) $9,257,820. 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 ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Sandra O.

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **5** AA **2021**

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

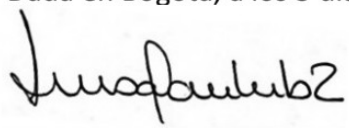
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que SANDRA YULIETH QUINTERO LEON, con Cédula Ciudadanía No. 1233905821 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 04/05/2021 y fecha fin de contrato 24/12/2021 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101511490.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Carrera 8 # 12 - 21 oficina 501 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.287

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	03 MES	2021 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
QUINTERO LEON SANDRA YULIETH	FEMENINO	22 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1233905821 (Número)
	Teléfonos			

Cargo
FORMADOR DEPORTIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	VISIOMETRÍA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
B367H1N5287

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: QUINTERO LEON SANDRA YULIETH

CC: 1233905821

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA YULIETH QUINTERO LEON identificado(a) con cedula ciudadania 1.233.905.821, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210412	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Mayo de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15996681

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA YULIETH QUINTERO LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.233.905.821**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Mayo del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	Sandra Yulieth Quintero León	COORDINADOR	BORIS RAMOS ACEVEDO
FECHA REVISIÓN	2021-05-19 18:36:14	Mes	Mayo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ANTONIO GARCIA (IE	ANTONIO GARCIA,	1	**Martes,08:00:00,09:30:00** 18-25 **Jueves,08:00:00,09:30:00** 20-27	18		16	4
	ANTONIO GARCIA,	2	**Martes,15:00:00,16:30:00** 18-25 **Jueves,15:00:00,16:30:00** 20-27	18			
	ANTONIO GARCIA,	3	**Miercoles,08:00:00,09:30:00** 19-26 **Viernes,08:00:00,09:30:00** 21-28	19			
	ANTONIO GARCIA,	4	**Miercoles,15:00:00,16:30:00** 19-26 **Viernes,15:00:00,16:30:00** 21-28	19			

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

Sandra O.

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 1785 4759.pdf	1. CRP 1785 4759.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1785.pdf	2. ARL 1785.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1785-2021 QUINTERO LEON SANDRA YULIETH.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1785-2021 QUINTERO LEON SANDRA YULIETH.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MAYO 2021 CTO 1785-2021 SANDRA QUINTERO.rar	EVIDENCIAS MAYO 2021 CTO 1785-2021 SANDRA QUINTERO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

Sandra D.



INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Total de puntos 100/100

De conformidad con el artículo 2.2.4.6.11 del Decreto Único del Sector Trabajo 1072 del 2015, expedido por el Ministerio del Trabajo, establece que "El empleador debe proporcionar a todo trabajador que ingrese, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales".

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (ley de protección de datos personales), la información recolectada en el presente formulario tiene carácter privado y serán tratados de manera reservada, confidencial y restringida.

Correo electrónico *

sandra.yeyi@gmail.com

1. Fecha en la que realizó la inducción y/o reinducción del SG - SST *

DD MM AAAA

15 / 05 / 2021

2. Nombre y Apellido *

Sandra Yulieth Quintero León

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

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	1233905821
NOMBRES	SANDRA YULIETH
APELLIDOS	QUINTERO LEON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	23/07/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/19/2021 14:27:35	Estación de origen:	192.168.70.1

Sandra O.

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