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
IDRD-CTO-1822 DEL 05 DE MAYO 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100616E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**1.136.886.441**	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	**225 DIAS El plazo del contrato es SIETE (7) MESES Y QUINCE (15) DÍAS**	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	**$ 17.842.500,00 (DIECICIETE MILLONES, OCHOSIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS)**	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	**10 DE MAYO DEL 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	**30 DE DICIEMBRE DEL 2021**	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	**DEL 10 DE MAYO AL 30 DE MAYO – 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
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.	ACTIVIDAD: Dando alcance para esta obligación del mes de Mayo, se da formación en las competencias básicas socioemocionales y ciudadanas en los niños y niñas de la institución Colegio Cundinamarca del ciclo 3 de la siguiente manera: Grupo 1: formación 20 – 25 y 27 de mayo Grupo 2: formación 20 – 25 y 27 de mayo Grupo 3. formación 21 – 26 y 28 de mayo Grupo 4: formación 21 – 26 y 28 de mayo Jornadas de cualificación social: 14 de mayo 18 de mayo 19 de mayo 24 de mayo . **EVIDENCIA:** Sesiones de clases planeadas y ejecutadas, actas de reuniones de cualificación social **UBICACIÓN:** Secop ll, numeral 7 informe mayo carpeta obligación # 1.
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.	ACTIVIDADES: Se adelantó en la propuesta personal, para mejorar el centro de interés de la IED. Se presentó a la IED, la malla curricular del centro de interés **EVIDENCIA:** propuesta pedagógica del centro de interés, malla curricular del centro de interés **UBICACIÓN**: Secop ll numeral 7 informe mayo carpeta obligación # 2
Obligación No. 3: Planear cada una de las sesiones de clase	Avance: Para este periodo de actividades se planeó las sesiones de clase en el sistema de información misional

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), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes queparticipan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	(SIM). Se ejecutaron las sesiones de manera virtual a los grupos del centro de interés en cumplimiento con los horarios asignados horas asignadas. Grupo 1: Grados 501 - JT martes y jueves 9:00 a 11:00 am Sesiones Ejecutadas • Jueves 20 de mayo Sesiones Programadas • Martes 25 de mayo • Jueves 27 de mayo https://meet.google.com/lookup/f2dpoxyoly Grupo 2: Grados 501. JM martes y jueves 01:30 a 3:00 pm Sesiones Ejecutadas • Jueves 20 de mayo Sesiones Programadas • Martes 25 de mayo • Jueves 27 de mayo https://meet.google.com/lookup/g33wthzjcw Grupo 3: Grados 502 JT miércoles Y viernes 9:00 am a 11:00 am Sesiones Ejecutadas • Viernes 21 de mayo Sesiones programadas • Miercoles 26 de mayo • Viernes 28 de mayo https://meet.google.com/lookup/gjivc5hpwg

	Grupo 4: Grados 502JM miércoles y viernes 1:30 a 3:00 pm Sesiones Ejecutadas • Viernes 21 de mayo Sesiones Porgramadas • Miércoles 26 de mayo • Viernes 28 de mayo https://meet.google.com/lookup/cs322ldyq5 EVIDENCIA: SESIONES DE CLASE UBICACIÓN: Secop II Punto 7 Ejecución del Contrato **IDRD-CTO-1822 - 2021**
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.	**AVANCE: Se asistió y participo virtual a las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto para el periodo del mes de abril en el programa jornada escolar complementaria en la cual se destacan las siguientes fechas:** • 14 de mayo Reunión Componente Social Jornada Escolar • 18 de mayo Reunión Gestora IDRD Y Enlaces de la IED • 19 de mayo Reunión IED • 24 de Mayo Reunión IED **EVIDENCIA:** pantallazos y actas de reuniones. **UBICACIÓN:** Secop ll, numeral 7 informe mayo carpeta obligación # 4.
Obligación No 5: Solicitar a la IED 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, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información	**ACTIVIDAD:** Teniendo en cuenta las edades de los estudiantes, los ciclos a los que pertenecen y el grupo asignado; a los padres de familia la IED les solicitó los respectivos historiales médicos y la afiliación a la eps, pertenecientes a cada uno de los estudiantes que son parte del centro de interés **EVIDENCIA:** **UBICACIÓN:** Secop ll **IDRD-CTO-1822 - 2021**, numeral 7 informe carpeta obligación # 5.

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)

permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	
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.	**ACTIVIDAD:** A partir de este periodo de actividades, se llevará un control de aquellos estudiantes que se destaquen en el centro de interés, para que de esta forma cuando se solicite por parte del proyecto de semilleros, se tenga una valoración adecuada y oportuna para presentar a los estudiantes. EVIDENCIA: Correo electrónico a el gestor IED, **UBICACIÓN:** Secop ll **IDRD-CTO-1822 - 2021**, numeral 7 informe marzo carpeta obligación # 6
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.	**ACTIVIDAD:** Se da cumplimiento a esta obligación donde se participó de manera virtual en la organización y ejecución de clases virtuales en el colegio de forma sincrónica con los grupos en las siguientes fechas: Grupo 1: formación 20 – 25 y 27 de mayo Grupo 2: formación 20 – 25 y 27 de mayo Grupo 3. formación 21 – 26 y 28 de mayo Grupo 4: formación 21 – 26 y 28 de mayo Dando cumplimiento con los objetivos del programa jornada escolar complementaria **EVIDENCIA**: Evidencia Informe SIM de actividades ejecutas y planeadas UBICACIÓN: Secop ll **IDRD-CTO-1822 - 2021**, numeral 7 informe marzo carpeta obligación # 7.
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.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

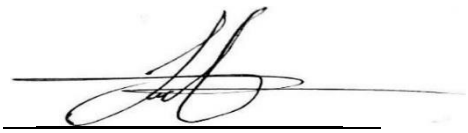
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	**SANITAS**	0
PAGO APORTES PENSIÓN	**PROTECCION**	0
PAGO RIESGOS LABORALES	**POSITIVA**	0
	TOTAL	0

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

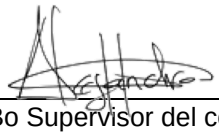
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista
Jhonny Alexis Lozano Aguirre
CC. No: 1.136.886.441

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

El formador cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales, acatando los lineamientos, ténicos, operativos, sociales y pedagógicos del proyecto Jornada Escolar Complementaria



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



20/05/2021



EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/05/2021

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-1822-2021**													
2	Nombre del Contratista	**JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1.136.886.441**							
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.



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

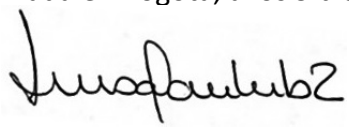
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE, con Cédula Ciudadanía No. 1136886441 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 10/05/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 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): 20210101592838.

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM
BOGOTA

NIT: 4612476-3
Avenida 1ro de mayo
(TV 74 F) # 40 B 69 sur piso 2
TEL : 2652890- 3137314040
E-MAIL dreduardo@gmail.com
Bogota D.C.
Fecha 27 06 2019

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL(Certificado)

Nº 01784

Empresa: A quien le Interese
Tipo de examen: Ingreso
Énfasis: Osteomuscular

Este documento es válido sólo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha.Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros al 3137314040 y 2652890.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: Lozano Aguirre Jhonny Alexis
Cargo: Formador Reparador | Doc: CC | No: 1.136886441 | Edad (años): 24

CONCEPTO — Ingreso | Periódico | Egreso

- [x] Apto sin restricciones para el cargo
- [ ] Apto con restricciones compatibles para el cargo
- [ ] Las patologias diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- [ ] Aplazado
- [ ] Satisfactorio
- [ ] No satisfactorio
- [ ] Presenta patología modificable con el estilo de vida
- [ ] Hay restricciones a su labor
- [ ] Examen de egreso satisfactorio
- [ ] Examen de egreso no satisfactorio
- [ ] Otro

Motivo del aplazamiento:
- [x] Ninguno

Restricciones:
- [x] Ninguna

Descripción adicional del concepto:
- [x] Ninguno

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- [x] Audiología
- [x] Visiometría
- [x] Optometría
- [ ] Espirometría
- [ ] Prueba psicométrica
- [ ] Electrocardiograma
- [ ] Laboratorio, Clínico
- [ ] Rayos X
- [ ] Prueba de esfuerzo

Otros exámenes: No se Realizo

Descripción de resultados:
Visiometrico 20/100, Uso de Gafas Permanente

RECOMENDACIONES:
Ser Seguido

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES :

- [ ] Control periódico por EPS
- [ ] Remisión a EPS (ver a que servicio)
- [ ] Continuar manejo médico
- [ ] Seguimiento caso ARL
- [x] Control periódico ocupacional
- [x] Higiene postural
- [x] Utilización de Elementos de seguridad profesional
- [x] Pausas activas periódicas
- [ ] Dieta
- [x] Ejercicio regular 3 veces a la semana
- [ ] Dejar hábito de fumar
- [ ] Suspender bebidas alcohólicas

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.
- [ ] Visual
- [ ] Auditivo
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Osteomuscular

Servicio remitido a EPS:
- [x] Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al doctor abajo mencionado, a realizar en mi el exámen médico y paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del exámen médico y/o paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM que tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo a UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registradas en el momento, para el buen cumplimiento del del sistema de géstion de seguridad y salud en el trabajo

MÉDICO:
JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA MEDICINA ALTERNATIVA
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:
1136886441
Firma y numero de doc:

HUELLA



La Secretaría Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE LOZANO AGUIRRE

CC 1136886441

Tomó el curso virtual gratuito
Primer Respondiente, ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor o capacidad de respuesta especializada

28 de Junio de 2019

SBI-20191428148828

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

IDIGER
Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Datos guardados

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 1822 4927.pdf	1. CRP 1822 4927.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1822.pdf	2. ARL 1822.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1822-2021 LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1822-2021 LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PRIMER RESONDIENTE.pdf	PRIMER RESONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Mayo 1.rar	Evidencias Mayo 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/05/2021

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE	COORDINADOR	EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
FECHA REVISIÓN	2021-05-20 16:49:00	Mes	Mayo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CUNDINAMARCA (IED)	CUNDINAMARCA,	1	**Jueves,09:00:00,11:00:00** 20-27 **Martes,09:00:00,11:00:00** 25	20		12	2
	CUNDINAMARCA,	2	**Jueves,13:30:00,15:30:00** 20-27 **Martes,13:30:00,15:30:00** 25	20			
	CUNDINAMARCA,	3	**Viernes,09:00:00,11:00:00** 21-28 **Miercoles,09:00:00,11:00:00** 26				
	CUNDINAMARCA,	4	**Viernes,13:30:00,15:30:00** 21-28 **Miercoles,13:30:00,15:30:00** 26				

FECHA - HORARIO	2021-05-18 (14:00:00 - 15:00:00)	TEMA	PRESENTACIÓN TALENTO HUMANO





EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/05/2021

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	1136886441
NOMBRES	JHONNY ALEXIS
APELLIDOS	LOZANO AGUIRRE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/13/2021 16:03:33 | **Estación de origen:** 192.168.70.1

LEYLIE YADIRA RODRIGUEZ SIERRA
CC 52.933.214
GESTORA ZONAL
APOYO A LA SUPERVISION

EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/05/2021

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

INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Puntos totales 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 *

jalozano726@misena.edu.co

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

DD MM AAAA

19 / 05 / 2021

2. Nombre y Apellido *

JHONNY LOZANO

3. Número de identificación *

1136886441

4. Tipo de Vinculación *

- ○ Planta
- ◉ Contratista