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.	02		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
CTO 1840 –05 de mayo de 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218002011006 29E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JULY PAOLA RODRIGUEZ CASTAÑEDA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	52. 760. 445	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE DEL PROYECTO DE INVERSION.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (7)MESES Y QUINCE (15) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 17.842.500	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	06/ 05/ 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	29/12/2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 /06 / 2021 AL 30 /06 /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.	Se promueve las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las IED sotavento en el desarrollo de los lineamientos al articularlos con la malla curricular y en la planeación de las clases del centro de interés de gimnasia en la plataforma del SIM y en la elaboración de guías en la plataforma del correo institucional classroom, en la cual se evidencia los contenidos de acuerdo a la caja de herramientas y a la malla del componente social. Se atiende de manera asincrónica – sincrónica a través del SIM y guías a los estudiantes mediante la plataforma Classroom ejecutado de la siguiente manera en le IED SOTAVENTO: Grupo 1. 501 (martes clases asincrónicas y jueves clases sincrónicas). Jornada tarde en el horario de 1:00 pm a 3:00 pm. guías y clases virtuales. Grupo 2. 501- 502 (miércoles clases sincrónicas y viernes clases asincrónicas). Jornada tarde en el horario de 3:00 pm a 5:00 pm. guías y clases virtuales. Grupo 3. 502- 503 (martes clases asincrónicas y jueves clases sincrónicas). Jornada tarde en el horario de 1:00 pm a 3:00 pm. guías y clases virtuales. Grupo 4. 503 (martes clases asincrónicas y jueves clases sincrónicas). Jornada tarde en el horario de 2:00 pm a 5:00 pm. guías y clases virtuales **Evidencia:** pantallazos guías de trabajo, propuesta de trabajo y maya curricular pantallazo de guías subidas a la plataforma de classroom **Ubicación:** SECOPII/usuario: julycasteñeda70/ ejecución del contrato/carpetaevidenciasjuniocps 1840de2021/obligación 1

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)

<table>
<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>Se cumple esta obligación al desarrollar una propuesta pedagógica, estableciendo objetivos, temáticas y competencias que permiten orientar los procesos pedagógicos con la malla curricular establecida por el centro de interés de gimnasia como herramienta para el trabajo en la IED sotavento para el desarrollo de los contenidos de acuerdo a las necesidades y particulares de la IED nombrada.

Evidencia: Propuesta pedagógica.
Ubicación: SECOPII/usuario: julycasteñeda70/ ejecución del contrato/carpetaevidenciasjuniocps 1840de2021/obligación 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), 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.</td>
<td>El ejercicio de planeación de las sesiones de clase, teniendo en cuenta los lineamientos pedagógicos y sociales del proyecto Jornada Escolar Complementaria, se ejecutan y desarrollan por parte del formador del mes correspondiente a JUNIO de la siguiente manera y se evidencia en la plataforma SIM (sistema de información misional) :

<table>
<tr><th>Grupo</th><th>Día</th><th>Estrategia remota si es videos y por guías</th></tr>
<tr><td>Grupo 1. 501</td><td>martes y jueves</td><td>Guías de trabajo y tiempo sincrónico</td></tr>
<tr><td>Grupo 2. 501- 502</td><td>martes y jueves</td><td>Guías de trabajo y tiempo sincrónico</td></tr>
<tr><td>Grupo 3. 502- 503</td><td>Miércoles y viernes</td><td>Guías de trabajo y tiempo sincrónico</td></tr>
<tr><td>Grupo 4. 503</td><td>Miércoles y viernes</td><td>Guías de trabajo y tiempo sincrónico</td></tr>
</table>

Evidencia: Guías de trabajo, formato sim
Ubicación: SECOPII/usuario: julycasteñeda70/ ejecución del contrato/carpetaevidenciasjuniocps 1840de2021/obligación 3</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4:

Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de</td>
<td>Se evidencia en el acompañamiento en las reuniones convocadas por el Gestor IED Nelson Rodrigo González por Google Meet, y al grupo de trabajo por centro de interés en las</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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</td>
<td>correcciones y construcciones de la malla curricular del centro de interés
Para este mes se realizaron las siguientes reuniones:

<table>
<tr><th>REUNION</th><th>TEMA</th><th>QUIEN CONVOCA</th></tr>
<tr><td>01/06/2021</td><td>ACTA REUNION OPERATIVA</td><td>NELSON RODRIGO GONZALEZ</td></tr>
<tr><td>02/06/2021</td><td>ACTA REUNION OPERATIVA</td><td>NELSON RODRIGO GONZALEZ</td></tr>
<tr><td>01/15/2021</td><td>REUNION POR CENTRO DE INTERES DE GIMNASIA MALLA CURRICULAR</td><td>JAMITH AYALA PINZON</td></tr>
</table>

Evidencia: pantallazos y actas.

Ubicación: SECOPII/usuario: julycasteñeda70/ ejecución del contrato/carpetaevidenciasjuniocps 1840de2021/obligación 4</td>
</tr>
<tr>
<td>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 su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido</td>
<td>Se solicitará a los directores de curso y docente enlace las copias de los carnets de EPS o un certificado que soporte la afiliación de los estudiantes a una EPS, durante la iniciación y conformación de los grupos en la IED sotavento

Evidencia: Observadores
Ubicación. Carpeta observadores docentes directores de grupo de la IED Sotavento</td>
</tr>
</table>

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)

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.	**Avance**: Para el desarrollo de esta obligación, el formador estará al tanto, de los niños, niñas y adolescentes del centro de interés de gimnasia, para identificar posibles talentos deportivos para integrar los semilleros, durante este periodo no se reporta ningún estudiante.
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, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad	Se participará de manera presencial en el desarrollo de las vacaciones recreodeportivas y en la articulación del centro de interés de gimnasia, en las fechas correspondientes y en las jornadas asignadas del mes de junio a partir del 21 de junio al 25 de junio y del 28 de junio al 2 de julio en la localidad y parque que se le sea asignado, cumpliendo con los objetivos del programa y la participación de los niños, niñas y adolescentes de las IED .
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	COMPENSAR	$ 113.600
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 145.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$22.000
	TOTAL	$ 280.600

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

RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA

52.760..445

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

En el presente período la formadora cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales

CC. 79.819.273
GESTOR IED
APOYO A LA SUPERVISÓN

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: John Freedy Molano Diaz
N° de Identificación: 79.859.314
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02 (E)

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.	**1840 del 2021**													
2	Nombre del Contratista	**JULY PAOLA RODRIGUEZ CASTAÑEDA**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**52760445**							
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 $	**113.600,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**145.400,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.200,00**						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 **6** AA **2021**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52760445	JULY PAOLA RODRIGUEZ CASTAÑEDA	CL 40 I NO 74 D 16	3123285453	paoroca25@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I		50899598	$299.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

PAGADO 50899598 05/2021

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52760445	JULY PAOLA RODRIGUEZ CASTAÑEDA		CL 40 I NO 74 D 16	3123285453	paoroca25@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I		50899598	$299.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52760445	RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-23	908.526	3	22.200	CCF24	908.526	18.200	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JULY PAOLA RODRIGUEZ CASTAÑEDA	COORDINADOR	NELSON GONZALEZ
FECHA REVISIÓN	2021-06-20 09:29:57	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SOTAVENTO (IED)	SOTAVENTO,	1	**Jueves,13:00:00,14:00:00** 17	17		6	4
	SOTAVENTO,	2	**Jueves,14:00:00,15:00:00** 17	17			
	SOTAVENTO,	3	**Miercoles,13:00:00,14:00:00** 16 **Viernes,13:00:00,14:00:00** 18	16			
	SOTAVENTO,	4	**Miercoles,14:00:00,15:00:00** 16 **Viernes,14:00:00,15:00:00** 18	16			



CC. 79.819.273
GESTOR IED
APOYO A LA SUPERVISÓN

CC. 79.819.273
GESTOR IED
APOYO A LA SUPERVISÓN

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		
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1840-2021 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1840-2021 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. CRP 1840 4864.pdf	1. CRP 1840 4864.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1840.pdf	2. ARL 1840.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Certificado - 009458 July Paola Rodríguez Castañeda 52760445 9458.pdf	Certificado - 009458 July Paola Rodríguez Castañeda 52760445 9458.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME N° 1 CPS 1840 MAYO.rar	EVIDENCIA INFORME N° 1 CPS 1840 MAYO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME N° 1 -MAYO 2021.pdf	INFORME N° 1 -MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 01 MAYO 2021 CPS 1840 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA segundas evidencias.rar	EVIDENCIA INFORME 01 MAYO 2021 CPS 1840 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA segundas evidencias.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 JUNIO CPS 1840 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA- 01.rar	EVIDENCIAS INFORME 2 JUNIO CPS 1840 RODRIGUEZ CASTAÑEDA JULY PAOLA- 01.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	52760445
NOMBRES	JULY PAOLA
APELLIDOS	RODRIGUEZ CASTAÑEDA
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	30/03/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/20/2021 07:37:23	Estación de origen:	192.168.70.1

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.