INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	2		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1821 del 05 de Mayo de 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100614E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	17594590	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	7.5 Meses – 225 Días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	17.842.500	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	6/05/2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	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 DE JUNIO A 30 DE JUNIO	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.	**Actividades:** Se trabaja según los lineamientos del equipo social orientados en reunión con el gestor social Luigui Andre Castro Huerfano el día 02 de Junio, integrando en las guía de trabajo las competencias básicas, socioemocionales, y ciudadanas propuestos en la caja de herramientas. **Evidencia:** Sesiones de clase, pantallazo reunión **Ubicación:** INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 1 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.
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 cuenta con la propuesta general del centro de interés, una vez consolidada toda la información por cada ciclo de trabajo y siendo revisada por el gestor pedagógico Fredy Velásquez, desde el grupo de formadores de Baloncestos estamos atentos a nuevas directrices para enriquecer el producto de malla curricular baloncesto. Se envía producto final vía correo electrónico al gestor ied Hugo Cangrejo y se sube al SIM a cada grupo asignado **Evidencia:** Malla curricular Baloncesto **Ubicación:** INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 2 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.
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	**Actividades:** Para este periodo de actividades se planean las siguientes clases asincrónicas:

<table>
<tr>
<td>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 y 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>
<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Miercoles,08:00:00,10:00:00
2-9-16</td><td>2-9-16</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Miercoles,10:00:00,12:00:00
2-9-16</td><td>2-9-16</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Jueves,08:00:00,10:00:00
3-10-17</td><td>3-10-17</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Jueves,10:00:00,12:00:00
3-10-17</td><td>3-10-17</td></tr>
</table>

Para esta estrategia asincrónica se realiza acompañamiento desde la plataforma Edmodo donde cada escolar debe subir la evidencia de la guía realizada y a su vez se retroalimenta la asistencia en la plataforma SIM.

La estrategia de clase sincrónica no se planifica ya que el día lunes 07 y 14 de junio fueron días festivos y no se realiza trabajo en la led.

Evidencia: Reporte SIM

Ubicación: INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 3 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Actividades: en este periodo fui convocado y asistí a los siguientes espacios:
• Cualificación nociones pedagógicas, grupo pedagógico: 01 de Junio 2021
• Cualificación Ciudadanía y Género, componente social: 02 de Junio 2021
• Orientación instrumento de caracterización: 04 Junio 2021-07:00 am
• Reunión semanal gestor led y formadores: 04 de Junio 2021-09:00 am
• Reunión semanal gestor led y formadores: 11 de Junio 2021-09:00 am
• Reunión presentación vacaciones recreodeprtivas: 16 de Junio-05:oo pm
• Seguimiento sesión asincrónica: 17 de Junio
• Reunión semanal gestor led y formadores: 18 de Junio: 05:30 pm
• Cualificaciones Pedagógicas Semana de Receso: Junio 21 a 25-coordinadora pedagógica Yadira Sánchez</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)

	• Apoyo vacaciones recreodeportiva en el parque San Cayetano-JJ Rondón en la localidad de Usme : 28 y 29 de Junio-Grupo pedagógico y social **Evidencia:** Acta de reunión y pantallazos de reuniones. Sesiones de clase vacaciones recreodeportivas **Ubicación:** INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 4 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO
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 permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**Actividades:** Para darle cumplimiento a la obligación se crea la base de datos de cada grupo de trabajo, la EPS de cada escolar y los antecedentes o condiciones médicas, lo cual tenemos 2 escolares con capacidad intelectual limítrofe y 1 escolar con deficiencia visual. 304-Higuera Ávila Kevin Alejandro-Capacidad intelectual 304-Incapie Bedoya Luz Estefany-Ceguera del 70% 303-Rodriguez Anaya Manuel Esteban- Capacidad intelectual limítrofe, presenta dificultad de comprensión lectora, memoria de corto plazo. No se ha tenido contacto con los escolares ya que no asisten a clase y las guías no se han podido tener retroalimentación de la misma, se contacta al acudiente pero no se recibe respuesta de estos. **Evidencia:** Base de datos EPS **Ubicación:** INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 5 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO
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:** Para dar cumplimiento a la obligación sugiero tener contacto presencial con los escolares para realizar diagnóstico general de los grupos en cuanto a las condiciones física y técnicas y así poder dar un criterio de si cumple con las condiciones de ingresar al proyecto de semilleros **Evidencia:** Para el periodo no se presenta evidencia **Ubicación:** Para el periodo no se cuenta con ubicación
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	**Actividades:** En este periodo de actividades asisto a las siguientes convocatorias por parte del área pedagógica y social: • Cualificaciones Pedagógicas Semana de Receso: Junio 21 a 25-coordinadora pedagógica Yadira Sánchez

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.	• Apoyo vacaciones recreodeportiva en el parque San Cayetano-JJ Rondón en la localidad de Usme : 28 y 29 de Junio-Grupo pedagógico y social **Evidencia:** Pantallazo asistencia a reuniones, registro fotográfico diario en el drive de las actividades en los parques **Ubicación:** INFORME 2 SECOP II EVIDENCIAS OBLIGACION 7 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO
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 EPS	$ 113.600
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 145.400
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 22.200
	TOTAL	$ 281.200

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
Rafael Humberto Ramirez Perez
CC. 17594590

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

EL CONTRATISTA DIO CUMPLIMIENTO A CABALIDAD A LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN EL LAPSO DE TIEMPO ESTABLECIDO

HUGO ARMANDO
CANGREJO MANRIQUE
CC 80920778
V°B°
APOYO A LA
SUPERVISION.

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

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 1821 4921.pdf	1. CRP 1821 4921.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1821.pdf	2. ARL 1821.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1821 - 2021 - MAYO 2021 1.pdf	EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1821 - 2021 - MAYO 2021 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS 2 INFORME MAYO 1 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.rar	EVIDENCIAS 2 INFORME MAYO 1 CPS 1821-2021 RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO-INFORME MAYO 2021.pdf	RAMIREZ PEREZ RAFAEL HUMBERTO-INFORME MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1821 - 2021 - JUNIO 2021 1.rar	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1821 - 2021 - JUNIO 2021 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

HUGO ARMANDO
CANGREJO MANRIQUE
CC 80920778
V°B°.
APOYO A LA
SUPERVISION.

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	RAFAEL HUMBERTO RAMIREZ PEREZ	COORDINADOR	HUGO ARMANDO CANGREJO MANRIQUE
FECHA REVISIÓN	2021-06-20 11:53:58	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO RURAL JOSE CELESTI	JOSE CELESTINO MUTIS,	1	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 2-9-16	2-9-16		12	12
	JOSE CELESTINO MUTIS,	2	**Miercoles,10:00:00,12:00:00** 2-9-16	2-9-16			
	JOSE CELESTINO MUTIS,	3	**Jueves,08:00:00,10:00:00** 3-10-17	3-10-17			
	JOSE CELESTINO MUTIS,	4	**Jueves,10:00:00,12:00:00** 3-10-17	3-10-17			

FECHA - HORARIO	2021-06-04 (09:00:00 - 11:00:00)	TEMA	REUNION SEMANAL GESTOR IED FORMADORES
FECHA - HORARIO	2021-06-11 (09:10:00 - 09:50:00)	TEMA	COMITÉ/REUNIÓN: REUNION SEMANAL IED RURAL JOSE CELESTINO MUTIS

HUGO ARMANDO
CANGREJO MANRIQUE
CC 80920778
V°B°
APOYO A LA
SUPERVISION.

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.							**1821-2021**						
2	Nombre del Contratista	**RAFAEL HUMBERTO RAMIREZ PEREZ**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**17594590**						
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.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **6** AA **2021**

FIRMA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-15, 08:14:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1038375633

Periodo Cotización: mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8847877520

PAGADO 10/06/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAFAEL HUMBERTO RAMIREZ PEREZ		
Documento	CC17594590	**Dirección**	CR 24 SUR #23 - 25 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3105698276
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 17594590	RAFAEL HUMBERTO RAMIREZ PEREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 :

HUGO ARMANDO CANGREJO MANRIQUE CC 80920778 V°B°. APOYO A LA SUPERVISION.

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	17594590
NOMBRES	RAFAEL HUMBERTO
APELLIDOS	RAMIREZ PEREZ
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	04/05/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/12/2021 20:47:30	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.