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	07	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2267-2021 - 02 DE JUNIO DEL 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218007017000046E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	53070452	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	Siete (7) meses y quince (15) días.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$17,842,500.00. Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos pesos M/C.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	04 de Junio del 2021.	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	No aplica.	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	No aplica.	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	01 al 30 de julio 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>Avance: Avance: En este periodo se realiza la atención en el marco del proyecto Jornada Escolar Complementaria - IDRD en la IED Santa Bárbara, con el Centro de Interés Baile Deportivo, siguiendo con las indicaciones suministradas por la Gestora IED-IDRD Nancisdey Reyes y la institución educativa según los lineamientos y características solicitados por la IED donde las sesiones de clase son ejecutadas de manera remota por medio de la plataforma MEET.

<table><tr><th>GRUPO</th><th>HORARIO</th></tr><tr><td>1</td><td>Martes y Jueves 8:00 AM – 10:00 AM</td></tr><tr><td>2</td><td>Martes y Jueves 1:00 PM – 3:00 PM</td></tr><tr><td>3</td><td>Miércoles y Viernes 8:00 AM – 10:00 AM</td></tr><tr><td>4</td><td>Miércoles y Viernes 1:00 PM – 3:00 PM</td></tr></table>
Evidencia: SIM-IDRD (Sistema de Información Misional).

Ubicación: SECOP II IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JULIO 2021 SUBCARPETA - Obligación No. 01.</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>Avance: Para el periodo de actividades del mes de JULIO se desarrollan las diferentes actividades frente al componente pedagógico que se designa desde el componente del proyecto 7854. Adicional a ello, se realiza orientación y actualización de la malla y micro diseño curricular del Centro de Interés de Baile Deportivo y el desarrollo de las guías pedagógicas.

Evidencia: Guías pedagógicas, malla y micro diseño curricular para la formación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del Centro de Interés de Baile Deportivo.

Ubicación: SECOP II IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS</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)

<table>
<tr><td></td><td>INFORME JULIO 2021 SUBCARPETA - Obligación No. 02.</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>Avance: Se realizan las sesiones clase de forma virtual con los grupos asignados desde la institución educativa de la siguiente forma:

El colegio Santa Bárbara se tienen designados los 4 grupos, para el periodo contractual del mes de JULIO se realizaron las siguientes fechas de sesión de clases

<u>Fechas de los Grupos:</u>
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>HORARIOS</th><th>FECHAS PLANEADAS</th><th>FECHAS EJECUTADAS</th><th>SESIONES PENDIENTES POR EJECUTAR</th></tr>
<tr><td>1
BAILE DEPORTIVO</td><td>Martes y Jueves de 8:00 a 10:00 AM</td><td>06, 08, 13, 15, 22, 27 y 29 de julio de 2021</td><td>06, 08, 13, 15 de julio de 2021</td><td>22, 27 y 29 de julio de 2021</td></tr>
<tr><td>2
BAILE DEPORTIVO</td><td>Martes y Jueves de 13:00 a 15:00 PM</td><td>06, 08, 13, 15, 22, 27 y 29 de julio de 2021</td><td>06, 08, 13, 15 de julio de 2021</td><td>22, 27 y 29 de julio de 2021</td></tr>
<tr><td>3
BAILE DEPORTIVO</td><td>Miércoles y Viernes 8:00 a 10:00 AM</td><td>07, 09, 14, 16, 21, 23, 28 y 30 de julio de 2021</td><td>07, 09, 14,16 de julio de 2021</td><td>21, 23, 28 y 30 de julio de 2021</td></tr>
<tr><td>4
BAILE DEPORTIVO</td><td>Miércoles y Viernes 13:00 a 15:00 PM</td><td>07, 09, 14, 16, 21, 23, 28 y 30 de julio de 2021</td><td>07, 09, 14,16 de julio de 2021</td><td>21, 23, 28 y 30 de julio de 2021</td></tr>
</table>
Evidencia: SIM-IDRD.

Ubicación: SECOP II IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JULIO 2021 SUBCARPETA - Obligación No. 03.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el</td><td>Avance: Durante este periodo se asistió y participo en las reuniones convocadas por los componentes social, pedagógico, IED Santa Bárbara, por la Gestora IED Nancisdey Reyes.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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>REUNIONES:
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIONES</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>01-07- 2021
02-07-2021</td><td>JORNADAS COMPONENTE PEDAGOGICO-SOCIAL</td><td>GESTOR ZONAL PEDAGOGICO IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD</td></tr>
<tr><td>06-07-2021</td><td>REUNION OPERATIVA</td><td>GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANTA BARBARA</td></tr>
<tr><td>09-07-2021</td><td>REUNION OPERATIVA</td><td>COORDINADOR /ENLACE
GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANTA BARBARA</td></tr>
<tr><td>12-07-2021</td><td>REUNION COMPONENTE SOCIAL-PEDAGOGICO - OPERATIVO</td><td>COORDINADOR /ENLACE
GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANT BARBARA</td></tr>
<tr><td>16-07-2021</td><td>COMPONENTE OPERATIVO</td><td>COORDINADOR /ENLACE
GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANTA BARBARA</td></tr>
<tr><td>23-07-2021</td><td>COMPONENTE OPERATIVO</td><td>GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANTA BARBARA</td></tr>
<tr><td>26-07-2021</td><td>REUNION COMPONENTE SOCIAL-PEDAGOGICO - OPERATIVO</td><td>COORDINADOR /ENLACE
GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANTA BARBARA</td></tr>
<tr><td>30-07-2021</td><td>REUNION COMPONENTE OPERATIVO</td><td>GESTORA IED-IDRD
FORMADORES DEPORTIVOS IDRD
ASIGNADOS IED SANT BARBARA</td></tr>
</table>
Evidencia: Actas de reunión en formato pdf,

Ubicación: SECOP II IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JULIO 2021 SUBCARPETA - Obligación No. 04</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</td>
<td>Avance: Durante este periodo en la IED Santa Bárbara se contactó a los acudientes de cada estudiante de la Institución Educativa para la recolección de documentos tanto del estudiante como de su acudiente para iniciar con las sesiones del proyecto Jornada Escolar Complementaria-IDRD.

Evidencia: Documentos adjuntos en formato pdf de cada</td>
</tr>
</table>

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.	estudiante de la IED Santa Bárbara Sede B y C. **Ubicación:** SECOP II IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JULIO 2021 SUBCARPETA - Obligación No. 05.
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:** En este momento no se identifican casos especiales en donde su parte técnica y táctica para el baile deportivo cuente con la fluidez y ritmos necesarios, de igual forma se realizará el proceso cuando se presente el caso. **Evidencia:** En el momento que aplique se evidenciara esta obligación. **Ubicación:** En el momento que aplique se ubicará esta obligación.
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.	**Avance:** Durante este periodo no se asignaron participaciones de manera presencial ni virtual para la entidad. Sin embargo, se tiene toda la disponibilidad y disposición para realizar el respectivo apoyo. **Evidencia:** En el momento que aplique se evidenciara esta obligación. **Ubicación: En el momento que aplique se evidenciara esta obligación.**
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	$ 119.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 153.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	$ 21.000
	TOTAL	$ 293.500

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.



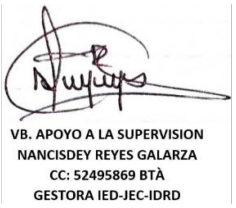
Firma Contratista
Nombre: CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
No. de identificación: 53.070.452 de Bogotá
Cargo: Formadora en Jornada Escolar Complementaria.

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

En este presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas.



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.							**2267-2021**							
2	Nombre del Contratista	**CATHERINE ASTRID MORNO BUITRAGO**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**53070452**							
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 $	**119.500,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**153.000,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**21.000,00**						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	**X**	NO		
	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 **7** AA **2021**

FIRMA

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	53070452	CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO	TRANS 53 NUMERO 1B - 74	2356649	cambchas@gmail.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	
2021-06	2021-06	I	23/06/2021	51442286	$293.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	119.500	0		0		0	0	0	0	119.500	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	153.000	0	0	0	0	0	0		153.000	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	21.000				21.000	0	0	21.000			210	21.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	119.500	119.500
Pensión	1	153.000	153.000
Riesgos Laborales	1	21.000	21.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	293.500	293.500

PAGADA

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	53070452	CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO	TRANS 53 NUMERO 1B - 74	2356649	cambchas@gmail.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**	
2021-06	2021-06	I	23/06/2021	51442286	$293.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Cotiz. exterior**	**Exonerado**	**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	53070452	MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID	59	0			N	R																230301	956.000	153.000	0	0	0	0	EPS005	956.000	119.500	14-23	860.400	3	21.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO	COORDINADOR	NANCISDEY REYES GALARZA
FECHA REVISIÓN	2021-07-16 14:12:57	Mes	Julio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SANTA BARBARA (IED	SANTA BARBARA,	1	**Martes,08:00:00,10:00:00** 6-13-27 **Jueves,08:00:00,10:00:00** 8-15-22-29	6-8-13-15		30	16
	SANTA BARBARA,	2	**Martes,13:00:00,15:00:00** 6-13-27 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 8-15-22-29	6-8-13-15			
	SANTA BARBARA,	3	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 7-14-21-28 **Viernes,08:00:00,10:00:00** 9-16-23-30	7-9-14-16			
	SANTA BARBARA,	4	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 7-14-21-28 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 9-16-23-30	7-9-14-16			

FECHA - HORARIO	2021-07-12 (16:30:00 - 18:30:00)	TEMA	12-07-2021 REUNION PEDAGOGICA OPERTIVA SOCIAL IED SB
FECHA - HORARIO	2021-07-06 (06:00:00 - 07:00:00)	TEMA	06-07-2021 REUNION OPERTIVA IED SB
FECHA - HORARIO	2021-07-09 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	09-07-2021 REUNION OPERTIVA IED SB
FECHA - HORARIO	2021-07-16 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	16-07-2021 IED SB REUNION OPERATIVA

Firma Contratista
Nombre: CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
No. de identificación: 53.070.452 de Bogotá
Cargo: Formadora en Jornada Escolar Complementaria.

VB. APOYO A LA SUPERVISION
NANCISDEY REYES GALARZA
CC: 52495869 BTÀ
GESTORA IED-JEC-IDRD

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	53070452
NOMBRES	CATHERINE ASTRID
APELLIDOS	MORENO BUITRAGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

VB APOYO A LA SUPERVISION
NANCISDEY REYES GALARZA
GESTORA IED-IDRD

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	01/07/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 07/08/2021 10:09:48 **Estación de origen:** 192.168.70.220

Firma Contratista
CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
CC. 53.070.452

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

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 2267 5502.pdf	1. CRP 2267 5502.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2267.pdf	2. ARL 2267.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JUNIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	EVIDENCIAS JUNIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID - JUNIO 2021.pdf	MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID - JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CATHERINE ASTIRD MORENO BUITRAGO SEGUNDA EVIDENCIA JUNIO.zip	CATHERINE ASTIRD MORENO BUITRAGO SEGUNDA EVIDENCIA JUNIO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JULIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	EVIDENCIAS JULIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VB. APOYO A LA SUPERVISION
NANCISDEY REYES GALARZA
CC: 52495869 BTÀ
GESTORA IED-JEC-IDRD

Firma Contratista
Nombre: CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
No. de identificación: 53.070.452 de Bogotá
Cargo: Formadora en Jornada Escolar Complementaria.