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.	04		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	07	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
0189 DEL 26 DE FEBRERO DE 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100312E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN CARLOS MENA OBREGON	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79.837.134	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	NUEVE (9) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	VEINTI UN MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL PESOS MONEDA LEGAL $21.411.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	06 de ABRIL de 2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de Diciembre de 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 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.).

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** Para este periodo de actividades se planearon las clases con base en los lineamientos establecidos por el componente social, en el **IED LAUREANO GOMEZ** con los ciclos 1, 2 y 3 con quienes se está fomentando las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños con los lineamientos establecidos en el proyecto enfocados en las clases sincrónicas y guías para éste periodo entregadas a la IED y a los respectivos grupos a mi cargo, elaboradas con los lineamientos establecidos de metodología, pedagogía. **EVIDENCIA:** Planes de clase. **UBICACIÓN:** Sim, Evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de julio, carpeta obligación No. 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.	**ACTIVIDAD** Para este periodo de actividades se programaron las clases con base en la malla curricular, programa pedagógico como Propuesta; con los formadores del centro de interés de **Actividad Física** de la Jornada Escolar Complementaria IDRD para los ciclos 1,2 Y 3. De acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto y se está aplicando a los grupos a mi cargo en el **IED LAUREANO GOMEZ.** **EVIDENCIA**: malla curricular, programa Pedagógico y guías de aprendizaje **UBICACIÓN:** carpeta de evidencias del informe de julio , subcarpeta obligación No. 2

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. 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.	**ACTIVIDAD** Para el presente periodo se planearon las sesiones y se subieron al SIM en los horarios establecidos por el proyecto. **SESIONES PROGRAMADAS** **Grupo 1 (lunes y miércoles de 8:30 a 10:00)** Julio 07,12,14,21,26,28 **Grupo 2 (martes y jueves de 8:30 a 10:00)** Julio 06,08,13,15,22,27,29 **Grupo 3 (lunes y miércoles de 2:00 a 3:30)** Julio 07,12,14,21,26,28 **Grupo 4 (martes y jueves de 2:00 a 3:30)** Julio 06,08,13,15,22,27,29 **SESIONES EJECUTADAS** **Grupo 1** Julio 07,12,14 **Grupo 2.** Julio 06,08,13,15 **Grupo 3.** Julio 07,12,14 **Grupo 4.** Julio 06,08,13,15 **EVIDENCIA:** Planes de clase en PDF **UBICACIÓN:** Sim, evidencias en SECOP II numeral 7; Evidencias del informe de julio, carpeta obligación No. 3 **NOTA:** las sesiones no ejecutas, se debe a la fecha de entrega de informe una vez pase la fecha estas aparecerán como ejecutadas en el sim.
Obligación No. 4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto	**ACTIVIDAD:** Para este periodo de actividades se asistió de manera virtuala las reuniones que relaciono a continuación:

	JULIO 09 REUNION VIRTUAL SEGUIMIENTO SEMANAL con docentes enlace de la IED LAUREANO GOMEZ y GESTOR IED CAMILO ARENAS. **EVIDENCIA**: acta. **UBICACIÓN:** sim, carpeta de evidencias de informe julio cargada en el secop 2 # 7 sub carpeta # 4. **JULIO 09 REUNIÓN PEDAGOGICA - OPERATIVA - IED LAUREANO GÓMEZ** **EVIDENCIA**: acta. **UBICACIÓN:** sim, carpeta de evidencias de informe julio cargada en el secop 2 # 7 sub carpeta # 4. **JULIO 16 REUNION VIRTUAL SEGUIMIENTO SEMANAL** con docentes enlace de la IED LAUREANO GOMEZ y GESTOR IED CAMILO ARENAS. **EVIDENCIA**: acta. **UBICACIÓN:** sim, carpeta de evidencias de informe julio cargada en el secop 2 # 7 sub carpeta # 4. **JULIO 16 - REUNIÓN FORMADORES – LINEAMIENTOS PARA ENTREGA DE INFORMES JULIO.** **EVIDENCIA**: acta. **UBICACIÓN:** sim, carpeta de evidencias de informe julio cargada en el secop 2 # 7 sub carpeta # 4. **JULIO 23 REUNION VIRTUAL SEGUIMIENTO SEMANAL** con docentes enlace de la IED LAUREANO GOMEZ y GESTOR IED CAMILO ARENAS. **EVIDENCIA**: Acta **UBICACIÓN:** SIM **JULIO 23 REUNIÓN PEDAGOGICA - OPERATIVA - IED LAUREANO GÓMEZ** **EVIDENCIA**: Acta **UBICACIÓN:** SIM **JULIO 30 REUNIÓN PEDAGOGICA - OPERATIVA - IED LAUREANO GÓMEZ** **EVIDENCIA**: Acta **UBICACIÓN:** SIM

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. 5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes de sus estudiantes paracasos 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 permanente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**ACTIVIDAD** En éste periodo no se han presentado estudiantes con casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas) en el caso de darse se hará el respectivo seguimiento y trato adecuado solicitando la copia del carné de EPS con los respectivos exámenes contactando al acudiente. **EVIDENCIA:** Toda la información de los estudiantes reposa en el IED LAUREANO GOMEZ.
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 esta obligación el centro de interés ACTIVIDAD FISICA no se encuentra en el programa de semilleros del proyecto.
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	**AVANCE**.: Para este periodo de actividades se realizó el acompañamiento en las actividades programadas, el 1 y 2 de julio con el marco de vacaciones recreo deportivas, se realizó trabajo, presencial de vacaciones recreo deportivas en parque y horarios asignados.

relacionadas con la misión de la entidad así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de bioseguridad.	**EVIDENCIA:** drive de actividades de vacaciones recreo deportivas. **UBICACIÓN:** link del drive de las vacaciones recreo deportivas. https://drive.google.com/drive/folders/19uvPgcdC9DT_t2wiJ654ZUmR-rKknRFp?usp=sharing
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

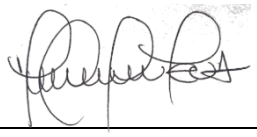
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR EPS	$119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$152.400
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$23.200
	TOTAL	$294.600

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.



JUAN CARLOS MENA OBREGON
CC 79837134

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

El formador cumple con sus funciones, actividades y obligaciones contractuales durante el presente periodo de actividades.



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79747015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

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.	**0189-2021**												
2	Nombre del Contratista	**MENA OBREGON JUAN CARLOS**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**79837134**						
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 $	**119,000.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**152,400.00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23,200.00**						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 **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	79837134	JUAN CARLOS MENA OBREGON	CRA 109 #17-11	2672796	juancarlosmenao@hotmail.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	09/07/2021	51291016	$294.600	

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	119.000	0		0		0	0	0	0	119.000	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	152.400	0	0	0	0	0	0		152.400	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	23.200				23.200	0	0	23.200			232	23.200	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	119.000	119.000
Pensión	1	152.400	152.400
Riesgos Laborales	1	23.200	23.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	294.600	294.600

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	79837134	JUAN CARLOS MENA OBREGON		CRA 109 #17-11	2672796	juancarlosmenao@hotmail.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	09/07/2021	51291016	$294.600	

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	Estornado	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	79837134	MENA OBREGON JUAN CARLOS	59	0			N																	230301	952.000	152.400	0	0	0	0	EPS008	952.000	119.000	14-23	952.000	3	23.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

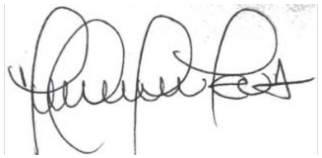
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JUAN CARLOS MENA OBREGON	COORDINADOR	CAMILO ESTEBAN ARENAS GOMEZ
FECHA REVISIÓN	2021-07-19 12:23:49	Mes	Julio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	1	**Miercoles,08:30:00,10:00:00** 7-14-21-28 **Lunes,08:30:00,10:00:00** 12-26	7-12-14		26	14
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	2	**Martes,08:30:00,10:00:00** 6-13-27 **Jueves,08:30:00,10:00:00** 8-15-22-29	6-8-13-15			
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	3	**Miercoles,14:00:00,15:30:00** 7-14-21-28 **Lunes,14:00:00,15:30:00** 12-26	7-12-14			
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	4	**Martes,14:00:00,15:30:00** 6-13-27 **Jueves,14:00:00,15:30:00** 8-15-22-29	6-8-13-15			

FECHA - HORARIO	2021-07-09 (09:00:00 - 10:00:00)	TEMA	REUNIÓN SEGUIMIENTO SEMANAL - IED LAUREANO GÓMEZ
FECHA - HORARIO	2021-07-09 (10:00:00 - 11:30:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA - OPERATIVA - IED LAUREANO GÓMEZ
FECHA - HORARIO	2021-07-16 (09:00:00 - 10:30:00)	TEMA	REUNIÓN SEGUIMIENTO SEMANAL - IED LAUREANO GÓMEZ
FECHA - HORARIO	2021-07-16 (16:00:00 - 17:00:00)	TEMA	REUNIÓN VIRTUAL FORMADORES - ENTREGA DE INFORMES JULIO



Juan Carlos Mena Obregón
CC. 79.837.134



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

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 0189 1203.pdf (Archivado)	1. CRP 0189 1203.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 0189.pdf	2. ARL 0189.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0189-2021 MENA OBREGON JUAN CARLOS.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0189-2021 MENA OBREGON JUAN CARLOS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. CRP 0189 1203.pdf	1. CRP 0189 1203.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS INFORME # 1.rar (Archivado)	EVIDENCIAS INFORME # 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME 1- ABRIL 2021.zip (Archivado)	INFORME 1- ABRIL 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 1-ABRIL 2021.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 1-ABRIL 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 - ABRIL 2021.pdf	INFORME 1 - ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS UNFORME 2- MAYO-2021.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS UNFORME 2- MAYO-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 2-MAYO 2021.pdf	INFORME 2-MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 3-JUNIO 2021.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 3-JUNIO 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 3 - JUNIO 2021.pdf	INFORME 3 - JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 4 JULIO 2021.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS INFORME 4 JULIO 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 19/07/2021

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	79837134
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	MENA OBREGON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



Camilo Esteban Arenas Gómez
CC 80099402
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión
VoBo. 14/07/2021

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	05/11/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/14/2021 07:51:07	Estación de origen:	192.168.70.220

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