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.	4		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD CTO – 1909 – 2021 DEL 13/05/2021.
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218002011007 62E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**KEVIN ALEJANDRO SANTOFIMIO ORJUELA.**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.012.435.120 de Bogotá D. C.	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	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	13/05/2021.	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	30/12/2021.	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01/08/2021 AL 30/08/2021	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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, socio emocionales 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 realiza el apoyo integral y deportivo a cada uno de los estudiantes amparados por el proyecto jornada escolar complementaria, a través de las actividades de cualificación programadas por la gerencia del proyecto, los centros de interés y las sesiones de clase en la IED Nuevo San Andrés de los Altos. **EVIDENCIA**: Pantallazos de cada una de las reuniones organizadas por fecha y actas de asistencia. Malla curricular del centro de interés de fútbol de salón y sesiones de clase descargadas de la plataforma misional SIM. **UBICACIÓN:** SECOP II/ Usuario: Alejosantos2314/ Mis procesos/ Mis contratos/ CTO – 1909/ Detalle/ Punto 7: Ejecución del contrato/ EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909/ Subcarpeta obligación #1.
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.	**ACTIVIDADES:** Se realiza la propuesta general para el centro de interés de fútbol de salón teniendo en cuenta los ciclos, los contenidos y los programas pedagógicos a través de las actividades programadas por cada uno de los mismos, para mejorar las planeaciones a ejecutar en próximas ocasiones y durante la ejecución de las sesiones en la IED Nuevo San Andrés de los Altos. **EVIDENCIA:** Malla curricular del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** SECOP II/ Usuario: Alejosantos2314/ Mis procesos/ Mis contratos/ CTO – 1909/ Detalle/ Punto 7: Ejecución del contrato/ EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909/ Subcarpeta obligación #2.
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,	**ACTIVIDADES:** Se planeó la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM) de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días de 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.

Nombre Del Colegio	No De Grupo	Horario	Fechas Planeadas	Fechas Ejecutadas
IED NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS.	1	Martes y jueves de 8:00 am a 10:00 am.	-. 3 de Agosto. -. 5 de Agosto. -. 10 de Agosto. -. 12 de Agosto. -. 17 de Agosto. -19 de Agosto.	-. 3 de Agosto. -. 5 de Agosto. -. 10 de Agosto. -. 12 de Agosto. -. 17 de Agosto.
IED NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS.	**2**	Martes y jueves de 1:00 pm a 3:00 pm.	-. 3 de Agosto. -. 5 de Agosto. -. 10 de Agosto. -. 12 de Agosto. -. 17 de Agosto. -19 de Agosto.	-. 3 de Agosto. -. 5 de Agosto. -. 10 de Agosto. -. 12 de Agosto. -. 17 de Agosto.
IED NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS.	**3**	Miércoles y viernes de 8:00 am a 10:00 am.	-. 4 de Agosto. -. 11 de Agosto. -. 13 de Agosto. -. 18 de Agosto. -. 20 de Agosto.	-. 4 de Agosto. -. 11 de Agosto. -. 13 de Agosto. -. 18 de Agosto.
IED NUEVO SAN ANDRÉS DE LOS ALTOS.	**4**	Miércoles y viernes de 1:00 pm a 3:00 pm.	-. 4 de Agosto. -. 11 de Agosto. -. 13 de Agosto. -. 18 de Agosto.	-. 4 de Agosto. -. 11 de Agosto. -. 13 de Agosto. -. 18 de Agosto.

<table>
<tr>
<td></td>
<td>
<table>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>-. 20 de Agosto.</td><td></td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Planes de clase descargados de la plataforma misional SIM.

UBICACIÓN: SECOP II/ Usuario: Alejosantos2314/ Mis procesos/ Mis contratos/ CTO – 1909/ Detalle/ Punto 7: Ejecución del contrato/ EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909/ Subcarpeta obligación # 3.
</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: Se realizaron las actividades programadas por centros de interés para mejorar las planeaciones a ejecutar en próximas ocasiones, además de las reuniones con el grupo de trabajo y el docente enlace de la IED Nuevo San Andrés de los Altos.
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>TEMAS</th><th>LINK</th></tr>
<tr><td>TODOS LOS DÍAS.</td><td>REGISTRO ENCUESTA DIARIA COVID 19.</td><td>N/A.</td></tr>
<tr><td>02/08/2021</td><td>REUNIÓN OPERATIVA.
Se realiza encuentro con la gestora IED Claudia Arboleda y la docente enlace Consuelo Martínez para recibir los nuevos lineamientos con respecto a la institución.</td><td>meet.google.com/ wij-divn-yuo</td></tr>
<tr><td>14/08/2021</td><td>-. REUNIÓN OPERATIVA.
Se realiza encuentro con la gestora IED Claudia Arboleda para recibir los lineamientos con respecto al live del 26 de agosto y la cobertura.</td><td>meet.google.com/ osk-bsre-puf</td></tr>
</table>
EVIDENCIA: Pantallazos de cada una de las reuniones organizadas por fecha y actas de asistencia. Registro diario de síntomas de COVID 19.

UBICACIÓN: SECOP II/ Usuario: Alejosantos2314/ Mis procesos/ Mis contratos/ CTO – 1909/ Detalle/ Punto 7: Ejecución del contrato/ EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909/ Subcarpeta obligación #4.
</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>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>ACTIVIDADES: Durante este periodo no se ha recopilado la información solicitada ya que no se han realizado clases presenciales con los niños pertenecientes al centro de interés de fútbol de salón, para así poder obtener la recopilación de antecedentes médicos.

EVIDENCIA: No se cuenta con evidencia debido a que no se han realizado clases presenciales con los niños pertenecientes al centro de interés de futbol de salón, para así poder obtener la recopilación de antecedentes médicos.

UBICACIÓN: No se cuenta con ubicación debido a que no se tienen los antecedentes médicos solicitados.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>ACTIVIDADES: Durante este periodo no se ha podido detectar estudiantes que posean habilidades y destrezas para pertenecer al proceso de semilleros, ya que no se han realizado sesiones presenciales específicas del centro de interés.

EVIDENCIA: No se cuenta con evidencia, debido a que no se han realizado sesiones específicas presenciales del centro de interés para la selección de los posibles talentos.

UBICACIÓN: No se cuenta con ubicación, debido a que no hay un registro específico para la proyección de talentos al proyecto semilleros deportivos.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>ACTIVIDADES: Durante el periodo reportado se participa en la jornada de destrezas físicas organizada por parte de la gerencia del proyecto y el IDRD. Dicho evento se llevará a cabo el 26/08/2021; realizada en la página oficial de Facebook y YouTube del IDRD.

<table>
<tr><th>FECHA.</th><th>HORA.</th><th>LUGAR.</th><th>ASISTENTES.</th></tr>
<tr><td>26/08/2021</td><td>10:00 A 12:00 PM.</td><td>VIRTUAL.</td><td>TODOS LOS FORMADORES.</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Evidencia de la propuesta de trabajo.

UBICACIÓN: SECOP II/ Usuario: Alejosantos2314/ Mis procesos/ Mis contratos/ CTO – 1909/ Detalle/ Punto 7: Ejecución del contrato/ EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909/ Subcarpeta obligación #7.</td></tr>
<tr><td colspan="2">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.</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)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR EPS.	$119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES.	$152.300
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA.	$23.200
	TOTAL	**$294.500**

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.

Alejandro Santofimio.

Firma Contratista
KEVIN ALEJANDRO SANTOFIMIO ORJUELA.
C.C. 1.012.435.120.

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

EN EL PRESENTE PERIODO EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS.

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas.
N° de Identificación: 79.747.015.
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 2.

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**IDRD CTO - 1909 de 2021**													
2	Nombre del Contratista	**KEVIN ALEJANDRO SANTOFIMIO ORJUELA**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1012435120**							
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 $			**152.300,00**				
	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 **8** AA **2021**

Alejandro Santofimio.

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	1012435120	KEVIN ALEJANDRO SANTOFIMIO ORJUELA	Calle 65 C Sur N 81F 07	4678425	alejosantos1241@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	
2021-07	2021-07	I	06/08/2021	52495215	$294.500	

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					
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
25-14	Colpensiones	900336004-7	152.300	0	0	0	0	0	0		152.300	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	152.300	152.300
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	294.500	294.500

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	1012435120	KEVIN ALEJANDRO SANTOFIMIO ORJUELA	Calle 65 C Sur N 81F 07	4678425	alejosantos1241@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	
2021-07	2021-07	I	06/08/2021	52495215	$294.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	1012435120	SANTOFIMIO ORJUELA KEVIN ALEJANDRO	59	0			N								X								25-14	951.600	152.300	0	0	0	0	EPS008	951.600	119.000	14-23	951.600	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 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 1909 5078.pdf	1. CRP 1909 5078.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1909.pdf	2. ARL 1909.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MAYO 2021 CPS 1909.zip	EVIDENCIAS MAYO 2021 CPS 1909.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1909-2021 SANTOFIMIO ORJUELA KEVIN ALEJANDRO(1).pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1909-2021 SANTOFIMIO ORJUELA KEVIN ALEJANDRO(1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 MAYO 2021.pdf	INFORME 1 MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JUNIO 2021 CPS 1909.zip	EVIDENCIAS JUNIO 2021 CPS 1909.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 2 JUNIO 2021.pdf	INFORME 2 JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JULIO 2021 CPS 1909.zip	EVIDENCIAS JULIO 2021 CPS 1909.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 3 JULIO 2021.pdf	INFORME 3 JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909.zip	EVIDENCIAS AGOSTO 2021 CPS 1909.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

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	1012435120
NOMBRES	KEVIN ALEJANDRO
APELLIDOS	SANTOFIMIO ORJUELA
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	01/05/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/12/2021 07:19:10	**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

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	Kevin Alejandro Santofimio Orjuela		COORDINADOR	CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS			
FECHA REVISIÓN	2021-08-18 08:14:04		Mes	Agosto			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO NUEVO SAN ANDRES D	NUEVO SAN ANDRES DE LOS ALTOS,	1	**Martes,08:00:00,10:00:00** 3-10-17 **Jueves,08:00:00,10:00:00** 5-12-19	3-5-10-12-17		22	17
	NUEVO SAN ANDRES DE LOS ALTOS,	2	**Martes,13:00:00,15:00:00** 3-10-17 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 5-12-19	3-5-10-12-17			
	NUEVO SAN ANDRES DE LOS ALTOS,	3	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 4-11-18 **Viernes,08:00:00,10:00:00** 13-20	4-11-13-18			
	NUEVO SAN ANDRES DE LOS ALTOS,	4	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 4-11-18 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 13-20	4-11-13			
FECHA - HORARIO	2021-08-02 (10:30:00 - 11:50:00)		TEMA	Asuntos componentes Operativo, Pedagógico y Social			

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

Alejandro Santofimio.

Kevin Alejandro Santofimio Orjuela.
CC 1012435120.
FORMADOR.