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.	06		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
0223-25 FEBRERO 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218002011003 44E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DALLANI ARNALDO RODRIGUEZ ORTIZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1069714555	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR TECNICO DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSION	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	9 (NUEVE) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 21.411.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	09 DE MARZO 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)	27 de marzo al 04 de abril del 2021(8 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	21 DE DICIEMBRE 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 DE AGOSTO AL 30 DE AGOSTO 2021	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

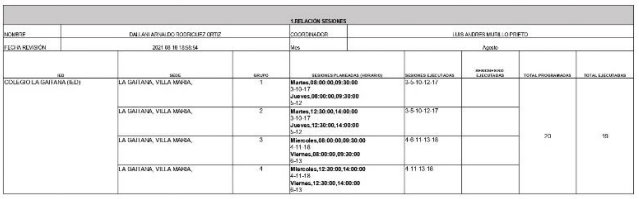
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

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:** Conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad en el proceso, se forman las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas desde el proceso de formación del centro de interés asignado, reorganizando con La IED, los grupos de trabajo que asisten a presencialidad y los de la virtualidad por semana, se programan las sesiones clase en la plataforma SIM y se realiza la conexión sincrónica a las clases con cada uno de los grupos de escolares de la IED LA GAITANA-SUBA, aplicando los contenidos del plan pedagógico malla curricular, y los demás componentes de las competencias básicas socioemocionales y ciudadanas. Grupo 1,704T: Martes- Jueves de 8:00am a 9:30am Grupo 2,701/702M: Martes- Jueves de 12:30Pm a 2:00Pm Grupo 3,705/706T: Miércoles-Viernes de 8:00am a 9:30am Grupo 4,703M: Miércoles-Viernes de 12:30Pm a 2:00Pm **EVIDENCIA:** Fotografía Sesiones clase **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 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:** Se aporta en la construcción y realización de las propuestas de malla curricular, planes pedagógicos. **EVIDENCIA:** Foto reuniónes, Malla curricular **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 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	**ACTIVIDAD:** Se ejecuta a la fecha 19 sesiones clase, de 20 programadas en el sistema de información misional (SIM) hasta la fecha del , para cada uno de los grupos, ejecutando así mismo cada

<table>
<tr>
<td>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>una de las sesiones clase de modo presencial y sincrónico, apoyados desde el ingreso por el SIM y video llamada desde la plataforma Microsoft Teams. Se tiene acompañamiento del componente psicosocial el día 10 de agosto.


1.RELACIÓN SESIONES
NOMBRE: DALLANI ARNALDO RODRIGUEZ ORTIZ — COORDINADOR: LUIS ALVEIRO MUTIS LOPEZTO
FECHA REVISION: 2021 08 18 155834 — Mes: Agosto
IED | SEDE | GRUPO | DESPRIEGUE PLANEADO (HORARIO) | DESPRIEGUE EJECUTADO | OBSERVACIONES EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LA GAITANA (I.E.D) | LA GAITANA, VILLA MARIA, | 1 | Martes,08:00:00,09:30:00 3-5-10-12-17 Jueves,08:00:00,09:30:00 5-12 | 3-5-10-12-17 | | 20 | 16
LA GAITANA, VILLA MARIA, | 2 | Martes,12:30:00,14:00:00 3-10-17 Jueves,12:30:00,14:00:00 5-12 | 3-5-10-12-17
LA GAITANA, VILLA MARIA, | 3 | Miercoles,08:00:00,09:30:00 4-11-18 Viernes,08:00:00,09:30:00 5-13 | 4-8-11-13-16
LA GAITANA, VILLA MARIA, | 4 | Miercoles,12:30:00,14:00:00 4-11-18 Viernes,12:30:00,14:00:00 5-13 | 4-11-13-16
DALLANI ARNALDO RODRIGUEZ ORTIZ

EVIDENCIA: Fotografía sesiones clase y reporte SIM.
UBICACIÓN: Secopll Numeral 7 Carpeta N° 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>ACTIVIDAD: Se asiste de manera virtual a las reuniones programadas por el gestor IDRD y la gestora encargada de la IED, así mismo a las jornadas de cualificación para el desarrollo y avance de la malla curricular y guías.

<table>
<tr><th>Fecha</th><th>Tema-Actividad</th><th>Lugar-plataforma</th></tr>
<tr><td>02 Agosto PM</td><td>Reunión componente Psicosocial</td><td>Microsoft Teams</td></tr>
<tr><td>03 Agosto PM</td><td>Reunión semanal gestor IDRD, gestora IED y formadores centro de interés.</td><td>Microsoft Teams</td></tr>
<tr><td>04 Agosto PM</td><td>Reunión gestor IDRDy formadores tema de presencialidad.</td><td>Microsoft Teams</td></tr>
<tr><td>13 Agosto PM</td><td>Reunión gestor IDRDy formadores tema de presencialidad.</td><td>Microsoft Teams</td></tr>
</table>
</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)

	EVIDENCIA: Fotografía reuniones, actas. **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 4
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.	**ACTIVIDAD:** Se cuenta con la base de datos de los escolares proporcionada por la IED, como así mismo de acudientes y/o padres de familia, y un pantallazo de la solicitud en clase de sus datos. **EVIDENCIA:** Base de datos padres y/o acudientes, pantallazo solicitud en sesión clase **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 5 y Correo electrónico personal..
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.	**ACTIVIDAD:** A la fecha por observación desde la actitud y respuesta en clase virtual, se sugiere proponer al escolar Moises Cavadia, con tarjeta de identidad N° 1031816238, del Grupo 1 grado 704T. **EVIDENCIA:** Fotografía Sesiones clase **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 1
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.	**ACTIVIDAD:** Se asiste y se participa en los diferentes Facebook Live que programa el IDRD. **EVIDENCIA:** Fotografía Facebook Live **UBICACIÓN:** Secopll Numeral 7 Carpeta N° 7
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 119.400
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 152.800
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 23.300
	TOTAL	$ 295.500

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.

DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ
C.C 1069714555_____
Contratista

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

Durante el 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

Vo Bo Luis Andres Murillo P
Gestor IED/IDRD
Jornada Escaolar Complementaria

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.)

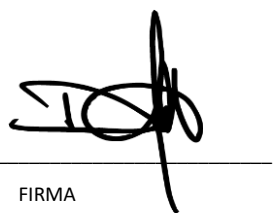
Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria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

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

1	Contrato No.	**0223-2021**													
2	Nombre del Contratista	**DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1069714555**							
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 $	**119.400,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**152.800,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23.300,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo									SI		NO	**X**		
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712									SI		NO	**X**		
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**X**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo									SI		NO	**X**		
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**		
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:											%			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2021**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-08-11, 11:42:18 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039721078

Periodo Cotización 202107 **Periodo Servicio** 202107

Cliente:

PAGADA 2021-08-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DALLANI ARNALDO RODRIGUEZ ORTIZ				
Documento	CC 1069714555	**Dirección**	CL 38C SUR #72 K - 02 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3202285149		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1069714555		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RODRIGUEZ ORTIZ DALLANI ARNALDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 955.000	230301		16 %	$ 955.000	$ 152.800	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 955.000	$ 119.400	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 955.000	$ 23.300	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 152.800	$ 0	$ 0	$ 119.400	$ 23.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 295.500

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!

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	DALLANI ARNALDO RODRIGUEZ ORTIZ	COORDINADOR	LUIS ANDRES MURILLO PRIETO
FECHA REVISIÓN	2021-08-18 18:58:54	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LA GAITANA (IED)	LA GAITANA, VILLA MARIA,	1	**Martes,08:00:00,09:30:00** 3-10-17 **Jueves,08:00:00,09:30:00** 5-12	3-5-10-12-17		20	19
	LA GAITANA, VILLA MARIA,	2	**Martes,12:30:00,14:00:00** 3-10-17 **Jueves,12:30:00,14:00:00** 5-12	3-5-10-12-17			
	LA GAITANA, VILLA MARIA,	3	**Miercoles,08:00:00,09:30:00** 4-11-18 **Viernes,08:00:00,09:30:00** 6-13	4-6-11-13-18			
	LA GAITANA, VILLA MARIA,	4	**Miercoles,12:30:00,14:00:00** 4-11-18 **Viernes,12:30:00,14:00:00** 6-13	4-11-13-18			



Vo Bo Luis Andrés Murillo P
Gestor IED/IDRD
Jornada Escaolar Complementaria



DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ

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 0223 1110.pdf	1. CRP 0223 1110.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 0223.pdf	2. ARL 0223.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0223-2021 RODRIGUEZ ORTIZ DALLANI ARNALDO.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0223-2021 RODRIGUEZ ORTIZ DALLANI ARNALDO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	INFORME MARZO 2021.rar (Archivado)	INFORME MARZO 2021.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE 10697145555.pdf	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE 10697145555.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidiencias inf 01 Marzo.rar	Evidiencias inf 01 Marzo.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 - MARZO 2021.pdf	INFORME 1 - MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Inf 2 Abril.rar	Evidencias Inf 2 Abril.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 2 - ABRIL 2021.pdf	INFORME 2 - ABRIL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidiencias inf 03 Mayo.rar	Evidiencias inf 03 Mayo.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 3 - MAYO 2021.pdf	INFORME 3 - MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFO 3 CPS 0223 MAYO 2021-2.rar	EVIDENCIA INFO 3 CPS 0223 MAYO 2021-2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-1.rar	EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-2.rar	EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 04 - JUNIO 2021.pdf	INFORME 04 - JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-1.rar	EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-2.rar	EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 05 - JULIO 2021.pdf	INFORME 05 - JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFO 6 CPS 0223 AGOSTO 2021-1.rar	EVIDENCIAS INFO 6 CPS 0223 AGOSTO 2021-1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

Vo Bo Luis Andrés Murillo P
Gestor IED/IDRD
Jornada Escaolar Complementaria

DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ

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	1069714555
NOMBRES	DALLANI ARNALDO
APELLIDOS	RODRIGUEZ ORTIZ
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	02/03/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/18/2021 19:26:30	**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

Vo Bo Luis Andrés Murillo P
Gestor IED/IDRD
Jornada Escolar Complementaria

DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ