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	09	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 1789 - 2021 04/05/2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800701601442E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DEIBY TRIANA MUÑOZ	**Registre nombre y apellidos completos**
N° DE IDENTIFICACIÓN	CC 80.747.625	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	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE. (17.842.500,00)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	04 DE MAYO DE 2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	DEL 24 DE ENERO DE 2022 AL 10 DE FEBRERO DE 2022 (17 DIAS)	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	10 DE FEBRERO DE 2022	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 SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE DEL 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>ACTIVIDADES: Durante este periodo de actividades se participó activamente en las actividades aconsejadas por el equipo pedagógico y psicosocial desde la temática familia y reconocimiento de la misma, así como también se participó activamente en las reuniones con el IED
<table>
<tr><th>FECHA Y HORA</th><th>LUGAR</th><th>TEMA</th><th>NOMBRE DE QUIEN CONVOCA</th></tr>
<tr><td>02 septiembre de 2021 (10:30-1:00) am</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
<tr><td>06 septiembre de 2021 (10:00-12:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
<tr><td>08 septiembre de 2021 (4:00-5:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
<tr><td>15 septiembre de 2021 (5:00-6:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
</table>
Evidencia: Pantallazo drive y reporte sesiones de clase.
Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 4, mes SEPTIEMBRE– 2021 – CPS 1789 de 2021/ Obligación 1.</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>Actividades: En este periodo se presenta el plan pedagógico para el centro de interés de futbol en el IED Alfredo Iriarte, teniendo en cuenta la malla curricular proporcionada por el IDRD y el plan pedagógico del centro de interés de futbol de la institución educativa, actualizándolo, para este año 2021. Por otra para este periodo se planea de forma presencial las sesiones de clase del centro de interés de Fútbol, establecidas para los 4 grupos asignados para el IED Alfredo Iriarte basadas en los contenidos psicosociales y pedagógicos proporcionados por el plan pedagógico y la malla curricular del centro de interés.</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>Evidencia: reporte sesiones de clase SIM y malla curricular del centro de interés futbol y plan pedagógico centro de interés futbol IED Alfredo Iriarte
Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 4, mes AGOSTO – 2021 – CPS 1789 de 2021/ Obligación 2.</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>Actividades: Para el periodo en mención se planean, suben y ejecutan de forma presencial las sesiones de clase en el SIM del centro de interés de Fútbol establecidas para los 4 grupos asignados para el IED Alfredo Iriarte basadas en los contenidos del plan pedagógico y malla curricular de la siguiente manera, teniendo en cuenta que los día 8 y 23 de septiembre no se llevaron a cabo las sesiones de clase, debido a que la institución educativa no cita a la población estudiantil previamente informada.
<table>
<tr><th>IED</th><th>Grupo</th><th>Horarios</th><th>Fechas planeadas</th><th>Fechas Ejecutadas</th></tr>
<tr><td rowspan="4">IED ALFREDO IRIARTE</td><td>1</td><td>Martes y viernes de 7:00 a.m. a 9:00 a.m.</td><td>septiembre 2, 7, 9, 14, 16, 21, 28 y 30</td><td>septiembre 2, 7, 9, 14, 16, 21, 28 y 30</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Martes y viernes de 9:00 a.m. a 11:00 a.m.</td><td>septiembre 2, 7, 9, 14, 16, 21, 28 y 30</td><td>septiembre 2, 7, 9, 14, 16, 21, 28 y 30</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Miércoles y viernes de 12:30p.m. a 2:30 p.m.</td><td>Septiembre 1, 3, 10, 15, 17, 22, 24, 29</td><td>Septiembre 1, 3, 10, 15, 17, 22, 24, 29</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Miércoles y viernes de 2:30 p.m. a 4:30 p.m.</td><td>Septiembre 1, 3, 10, 15, 17, 22, 24, 29</td><td>Septiembre 1, 3, 10, 15, 17, 22, 24, 29</td></tr>
</table>
Evidencia: Reporte de sesiones del SIM.
Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 4, mes SEPTIEMBRE – 2021 – CPS 1789 de 2021/ Obligación 3.</td></tr>
<tr><td>Obligación N°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,</td><td>Actividades: para el periodo en mención se asiste a las reuniones programadas por el gestor IED, gestores del programa y por la institución educativa descritas a continuación:
<table>
<tr><th>FECHA Y HORA</th><th>LUGAR</th><th>TEMA</th><th>NOMBRE DE QUIEN CONVOCA</th></tr>
<tr><td>02 septiembre de 2021 (10:30-1:00)</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.</td>
<td>
<table>
<tr><td>am</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>06 septiembre de 2021 (10:00-12:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
<tr><td>08 septiembre de 2021 (4:00-5:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
<tr><td>15 septiembre de 2021 (5:00-6:00) pm</td><td>REUNIÓN VIRTUAL MEET</td><td>Seguimiento jornada escolar complementaria IED Alfredo Iriarte.</td><td>Gustavo Lancheros</td></tr>
</table>

Evidencia: Actas de reuniones y pantallazos.
Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 4, mes SEPTIEMBRE – 2021 – CPS 1789 de 2021/ Obligación 4.
</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 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.</td>
<td>ACTIVIDADES: Durante este periodo de actividades se ha continuado fortaleciendo la convocatoria de los estudiantes al centro de interés, aún no ha sido posible solicitar los antecedentes médicos de los estudiantes para conocer a fondo sus condiciones médicas. Con certeza para el próximo periodo se contará con esta información para poderle dar un cumplimiento a la presente obligación.

Evidencia: Acta de reunión.
Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 4, mes SEPTIEMBRE – 2021 – CPS 1789 de 2021/ Obligación 5.</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: Para el periodo mencionado no se cuenta aun con semilleros para el centro de interés de futbol, además no han dado aun los lineamientos y protocolos para detectar los posibles estudiantes con dichos perfiles, se proyecta una vez recibido los lineamientos detectar y comunicar al gestor IED para su respectivo proceso.</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</td>
<td>Actividades: Para el periodo en mención no se me fue asignado ningún evento, del mismo modo se tiene siempre la disposición a participar de manera presencial y/o virtual en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la</td>
</tr>
</table>

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.	entidad.
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	$ 119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 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.

Firma Contratista
Deiby Triana Muñoz
CC.: 80.747.625

Marco Antonio López Marcon

MARCO ANTONIO LOPEZ
GESTOR IED ZONA 4
CC 80139664
Apoyo a la supervisión
19/09/2021

Vo Bo GUSTAVO ANDRES LANCHEROS
CC. 80827770
Gestor IED Zona 4

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

En el presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad 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.	**1789-2021**												
2	Nombre del Contratista	**TRIANA MUÑOZ DEIBY**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**80.747.625**						
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	**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.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **9** AA **2021**

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	80747625	deiby triana muñoz	cra.18c n. 51-10	7607087	lic.triana@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	
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	52683038	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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	152.300	0	0	0	0	0	0		152.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

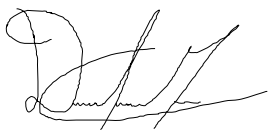
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva 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	80747625	deiby triana muñoz		cra.18c n. 51-10	7607087	lic.triana@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	
2021-08	2021-08	I	06/09/2021	52683038	$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	Estudiante	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	80747625	TRIANA MUÑOZ DEIBY	59	0			N							X										230301	951.600	152.300	0	0	0	0	EPS005	951.600	119.000	14-23	951.600	3	23.200		0	0	0	0	0	0	0

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	80747625	deiby triana muñoz	cra.18c n. 51-10	7607087	lic.triana@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	17/08/2021	52676173	$131.300	

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	53.000	0		0		0	0	0	0	53.000	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	67.900	0	0	0	0	0	0		67.900	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	10.400				10.400	0	0	10.400			104	10.400	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	53.000	53.000
Pensión	1	67.900	67.900
Riesgos Laborales	1	10.400	10.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	131.300	131.300

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	80747625	deiby triana muñoz		cra.18c n. 51-10	7607087	lic.triana@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	17/08/2021	52676173	$131.300	

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	Estornudo	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	80747625	TRIANA MUÑOZ DEIBY	59	0			N	X																230301	423.979	67.900	0	0	0	0	EPS005	423.979	53.000	14-23	423.979	3	10.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	80747625
NOMBRES	DEIBY
APELLIDOS	TRIANA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Marco Antonio López Merchan
MARCO ANTONIO LOPEZ
GESTOR IED ZONA 4
CC 80139664
Apoyo a la supervisión
19/09/2021

Vo Bo GUSTAVO ANDRES LANCHEROS
CC. 80827770
Gestor IED Zona 4

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	19/08/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/16/2021 14:56:51	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.

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 1789 4763.pdf	1. CRP 1789 4763.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1789.pdf	2. ARL 1789.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1789-2021 MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER (2).pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1789-2021 MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER (2).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE (1030551224).pdf	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE (1030551224).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME MAYO 2021 SECOP II.zip	EVIDENCIAS INFORME MAYO 2021 SECOP II.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER INFORME MAYO CTO 1789.pdf	MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER INFORME MAYO CTO 1789.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 SECOP II.zip	EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 SECOP II.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER - JUNIO 2021.pdf	MOSQUERA RENGIFO YOHAN ALEXANDER - JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME JULIO SECOPII 2021.zip	EVIDENCIAS INFORME JULIO SECOPII 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME N. 1 AGOSTO.rar	EVIDENCIAS INFORME N. 1 AGOSTO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
	4.1 Constancia primer respondiente.pdf (Archivado)	4.1 Constancia primer respondiente.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME NUMERO (1) MES AGOSTO 2021.pdf	INFORME NUMERO (1) MES AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME N. 4 septiembre.rar	EVIDENCIAS INFORME N. 4 septiembre.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Marco Antonio López Marcos
MARCO ANTONIO LOPEZ
GESTOR IED ZONA 4
CC 80139664
Apoyo a la supervisión
19/09/2021

Vo Bo GUSTAVO ANDRES LANCHEROS
CC. 80827770
Gestor IED Zona 4

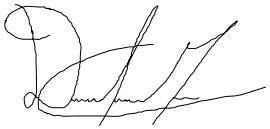
< Evaluación de la Entidad Estatal >

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	DEIBY TRIANA MUÑOZ	COORDINADOR	GUSTAVO ANDRÉS LANCHEROS RODRÍGUEZ
FECHA REVISIÓN	2021-09-17 20:12:27	Mes	Septiembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ALFREDO IRIARTE (I	CHIRCALES,	1	Jueves,07:00:00,09:00:00 2 Martes,09:00:00,11:00:00 7-14-21-28 Jueves,09:00:00,11:00:00 9-16-30	2-7-9-14-16		32	20
	CHIRCALES,	2	Jueves,09:00:00,11:00:00 2 Martes,07:00:00,09:00:00 7-14-21-28 Jueves,07:00:00,09:00:00 9-16-30	2-7-9-14-16			
	CHIRCALES,	3	Miercoles,12:30:00,14:30:00 1-15-22-29 Viernes,12:30:00,14:30:00 3-10-17-24	1-3-10-15-17			
	CHIRCALES,	4	Miercoles,14:30:00,16:30:00 1-15-22-29 Viernes,14:30:00,16:30:00 3-10-17-24	1-3-10-15-17			

FECHA - HORARIO	2021-09-02 (10:30:00 - 13:00:00)	TEMA	REUNIÓN CON FORMADORES Y DOCENTE ENLACE DEL COL ALFREDO IRIARTE IED
FECHA - HORARIO	2021-09-06 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN VIRTUAL SEMANAL CON FORMADORES COL ALFREDO IRIARTE IED
FECHA - HORARIO	2021-09-08 (16:00:00 - 17:00:00)	TEMA	SEGUIMIENTO OPERATIVO Y PEDAGOGICO COL ALFREDO IRIARTE
FECHA - HORARIO	2021-09-15 (17:00:00 - 18:00:00)	TEMA	REUNIÓN DE SEGUIMIENTO FORMADORES COL ALFREDO IRIARTE IED



Marco Antonio López Marchan

MARCO ANTONIO LOPEZ
GESTOR IED ZONA 4
CC 80139664
Apoyo a la supervisión
19/09/2021



Vo Bo GUSTAVO ANDRES
LANCHEROS
CC. 80827770
Gestor IED Zona 4