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.	5		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	09	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO- 18-43 DEL 10 DE MAYO DEL 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800701601465E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LOUISE MICHELLE ESTEPA MOLINA**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**1022989830**	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOCIENTOS VEINTICINCO (225) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(17.842.500) DIEZ Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	10 DE MAYO DEL 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 DEL 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 1 DE SEPTIEMBRE DEL 2021 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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	**AVANCE:** Durante este periodo de actividades, se realizó el acompañamiento a los estudiantes de la IED Estrella Del Sur, de forma presencial, en las fechas de sesiones programadas en el sim, con el centro de interés Gimnasia, teniendo en cuenta los lineamientos del componente social y pedagógico, cumpliendo con las normas de bioseguridad. Los grupos quedaron conformados de la siguiente manera: **GRUPO 1: 1 ro** **Martes:** 7:00 AM - 9:00 AM **Jueves:** 7:00 AM - 9:00 AM ➢ Jueves: 02 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:03 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 09 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:10 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 16 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:17 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 23 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:24 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 30 de septiembre (Ejecutadas) **GRUPO 2:** 2 do **Martes:** 9:00 AM – 11:00 AM **Viernes:** 9:00 AM – 11:00 AM ➢ Jueves: 02 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:03 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 09 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:10 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 16 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:17 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 23 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:24 de septiembre (Ejecutadas)

	➢ Jueves: 30 de septiembre (Ejecutadas) **GRUPO 3:** Grado 1ro **Jueves:** 1:00 PM – 3:00 PM **Viernes:** 1:00 PM – 3:00 PM ➢ Jueves: 02 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:03 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 09 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:10 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 16 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:17 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 23 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:24 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 30 de septiembre (Ejecutadas) **GRUPO 4:** Grado 2 do **Jueves:** 3:00 PM – 5:00 PM **Viernes:** 3:00 PM – 5:00 PM ➢ Jueves: 02 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:03 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 09 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:10 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 16 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:17 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 23 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Viernes:24 de septiembre (Ejecutadas) ➢ Jueves: 30 de septiembre (Ejecutadas) **EVIDENCIA:** Se ha realizado clases presenciales a los escolares de la IED Estrella del Sur registro de grupos en el sim. **UBICACIÒN:** Sim, louseestepa@colegiocundinamarca.com, IED Estrella del sur, Secop 2 ítem 7 carpeta de evidencias Contrato N: 18-43 del 2021

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. 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: Se realizo la propuesta general a través de la malla curricular, para cada ciclo, y se realizan las sesiones de clase especificas para cada grupo, teniendo en cuenta los lineamientos y programas pedagógicos del proyecto

Evidencia: Plataforma SIM fechas planeadas y ejecutadas, Malla curricular
Ubicación: Plataforma SIM Usuario: (Louise. Estepa), Secop II ítem 7 carpeta de evidencias Contrato N: 1834 del 2021</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 3:

Planear cada una delas 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 (acreditadacon la planeación de la sesión en elSIM), 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, porcada una de las sesiones máximo doce

(12) horas después de ejecutada.</td>
<td>Actividades: Se ejecutaron las sesiones de manera presencial, las cuales se organizaron en los siguientes grupos según el horario dado por el colegio.

GRUPO 1:

<table>
<tr><th>CURSO</th><th>HORA</th><th>DIA</th><th>FECHA</th></tr>
<tr><td>Primero</td><td>7:00 am a 9:00 am</td><td>Jueves y viernes</td><td>Septiembre: 2,3,9,10,16,17,23,24,30 (Ejecutadas)</td></tr>
</table>
GRUPO 2:

<table>
<tr><th>CURSO</th><th>HORA</th><th>DIA</th><th>FECHA</th></tr>
<tr><td>Segundo</td><td>9:00 am a 11:00 am</td><td>Jueves y viernes</td><td>Septiembre: 2,3,9,10,16,17,23,24,30 (Ejecutadas)</td></tr>
</table>
GRUPO 3:

<table>
<tr><th>CURSO</th><th>HORA</th><th>DIA</th><th>FECHA</th></tr>
<tr><td>Primero</td><td>1:00 pm a 3:00 pm</td><td>Jueves y viernes</td><td>Septiembre: 2,3,9,10,16,17,23,24,30 (Ejecutadas)</td></tr>
</table>
GRUPO 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></td>
<td>
<table>
<tr><th>CURSO</th><th>HORA</th><th>DIA</th><th>FECHA</th></tr>
<tr><td>Segundo</td><td>3:00 pm a 5:00 pm</td><td>Jueves y viernes</td><td>Septiembre: 2,3,9,10,16,17,23,24,30 (Ejecutadas)</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Se ha realizado clases presenciales a los escolares de la IED Estrella del Sur registro de grupos en el sim.

UBICACIÓN: Plataforma SIM Usuario: (Louise. Estepa), Secop II ítem 7 carpeta de evidencias Contrato N: 1834 del 2021
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4:

Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesionesde 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>
AVANCE: Se asistió al reunionés, programadas: por parte de coordinadores Operativos y Pedagógicos de Jornada Escolar Complementaria, Gestor Diego Castro y profesores de enlace IED Cundinamarca

<table>
<tr><td>FECHA</td><td>HORA</td><td>ASUNTO</td></tr>
<tr><td>03-09-2021</td><td>11:00 AM</td><td>Reunión operativa, Pagos he informes</td></tr>
<tr><td>08-09.2021</td><td>9:00 AM</td><td>Reunión centro de interés Gimnasia</td></tr>
<tr><td>10-09-2021</td><td>10:00 AM</td><td>Reunión, resumen de la semana</td></tr>
<tr><td>17-09.-2021</td><td>4:00 PM</td><td>Reunión I.E.D, pagos e informes</td></tr>
<tr><td>24-09-2021</td><td>7:00 PM</td><td>Reunión de resumen semanal</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Se tomaron fotos pantallazos y actas de las actividades realizadas.

UBICACIÓN: Secop 2 ítem 7 carpeta de evidencias Septiembre Contrato N: 1843 del 2021
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5:

Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus</td>
<td>AVANCE: Durante el periodo reportado en este informe no se presentaron estudiantes con las características específicas que los requieren, no se encontraron en el grupo casos que se necesitara el soporte médico del estudiante.</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)

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.	
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:** Se han realizado la y ejecutado las sesiones de clase presenciales, identificando los escolares que puedan cumplir con las condiciones deportivas para ingresar al proyecto semilleros, por ahora no se han encontrado escolares con estas aptitudes, en el momento en que se identifiquen se reportaran al gestor I.E.D.
Obligación No. 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	**AVANCE:** Durante este periodo de actividades, no se ha presentado eventos para la participación, sin embargo, en el momento que se haga el llamado se asistirá y acudirá según lo programado, con el fin de realizar el apoyo necesario y cumplir con la obligación.

Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período
indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	$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.

michelle Estepa
1022989830

Firma Contratista
Louise Michelle Estepa Molina
1022989830

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

Durante el presente periodo de actividades el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro Gonzales Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

DIEGO ANDRES CASTRO CUERVO
Gestor IED
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA-IDRD

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.						**1834 de 2021**						
2	Nombre del Contratista	**LOUISE MICHELLE ESTEPA MOLINA**											
3	Identificación	CC	**x**	CE			**1022989830**						
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 Pensiones 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.									**x**			
	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.

michelle Estepa
1022989830
FIRMA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-07, 10:43:42 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040236509

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LOUISE MICHELLE ESTEPA MOLINA				
Documento	CC 1022989830	**Dirección**	TV 2A #75 B - 57 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015361207		
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 1022989830		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ESTEPA MOLINA LOUISE MICHELLE	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			$ 951.600	230201		16 %	$ 951.600	$ 152.300	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 951.600	$ 119.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 951.600	$ 23.200	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
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 152.300	$ 0	$ 0	$ 119.000	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 294.500

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	Louise Michelle Estepa Molina			COORDINADOR	DIEGO ANDRÉS CASTRO CUERVO			
FECHA REVISIÓN	2021-09-17 17:01:41			Mes	Septiembre			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS	
COLEGIO ESTRELLA DEL SUR (	ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR,	3	**Jueves,13:00:00,15:00:00** 2-9-16 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 3-10-17	2-16-17	3-9-10	24	12	
	ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR,	4	**Jueves,15:00:00,17:00:00** 2-9-16 **Viernes,15:00:00,17:00:00** 3-10-17	2-16-17	3-9-10			
	ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR,	1	**Jueves,07:00:00,09:00:00** 2-9-16 **Viernes,07:00:00,09:00:00** 3-10-17	2-16-17	3-9-10			
	ESTRELLA DEL SUR, ESTRELLA DEL SUR,	2	**Jueves,09:00:00,11:00:00** 2-9-16 **Viernes,09:00:00,11:00:00** 3-10-17	2-16-17	3-9-10			
FECHA - HORARIO	2021-09-06 (10:00:00 - 12:00:00)			TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA			

Por actividades internas de la IED Estrella del sur, como lo son jornadas pedagógicas, comités de evolución y entrega de boletines el formador no pudo ejecutar todas las sesiones de clase, sin embargo se realizó trabajo de tipo pedagógico en cuanto al proceso de articulación con la institución.

DIEGO ANDRES CASTRO CUERVO
GESTOR IED
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA-IDRD

michelle Estepa
1022989830

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	1022989830
NOMBRES	LOUISE MICHELLE
APELLIDOS	ESTEPA MOLINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Nombre: Diego Andres castro Cuervo
N. de identificación: 1.1018.410.768.
Apoyo a la supervisión

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	31/07/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/13/2021 12:29:19	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