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-1822 DEL 05 DE MAYO 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100616E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**1.136.886.441**	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	**225 DIAS**	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	**$ 17.842.500,00 (DIECICIETE MILLONES, OCHOSIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS)**	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 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE – 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: Dando alcance para esta obligación del mes, se da formación en las competencias básicas socioemocionales y ciudadanas en los niños y niñas de la institución Colegio Cundinamarca del ciclo 3 de la siguiente manera: Grupo 1: formación ,02,07,09,14,16,21, 23 , 28 y 30 de Septiembre Grupo 2: formación , 02,07,09,14,16,21, 23 , 28 y 30 de Septiembre Grupo 3. formación .01,03,08,10,15,17.22, 24 y 29 de Septiembre Grupo 4: formación . .01,03,08,10,15,17.22, 24 y 29 de Septiembre . **EVIDENCIA:** Sesiones de clases planeadas y ejecutadas, actas de reuniones de cualificación social **UBICACIÓN:** Secop ll, numeral 7 informe junio carpeta 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.	Avance: Se realiza una nueva propuesta de malla curricular para la IED Cundinamarca cuyo PEI se proyecta desde el pensamiento socio crítico, esta propuesta la realiza formador por formador, y se les presenta a los docentes enlaces y a la gestora de la IED por medio sincrónico **EVIDENCIA:** acta reunión **UBICACIÓN**: Secop ll numeral 7 informe junio carpeta 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, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones	Avance: Para este periodo de actividades se planeó las sesiones de clase en el sistema de información misional (SIM). Se ejecutaron las sesiones de manera virtual a los grupos del centro de interés en cumplimiento con los horarios asignados horas asignadas.

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 queparticipan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	Grupo 1: Grados 501 - JT martes y jueves 9:00 a 11:00 am Sesiones Ejecutadas • Jueves 02 de Septiembre • Martes 07 de Septiembre • Jueves 09 de Septiembre • Martes 14 de Septiembre • Jueves 16 de Septiembre Sesiones Programadas • Martes 21de Septiembre • Jueves 23 de Septiembre • Martes 28 de Septiembre • Jueves 30 de Septiembre https://meet.google.com/lookup/f2dpoxyoly Grupo 2: Grados 501. JM martes y jueves 01:30 a 3:00 pm Sesiones Ejecutadas • Jueves 02 de Septiembre • Martes 07 de Septiembre • Jueves 09 de Septiembre • Martes 14 de Septiembre • Jueves 16 de Septiembre Sesiones Programadas • Martes 21de Septiembre • Jueves 23 de Septiembre • Martes 28 de Septiembre • Jueves 30 de Septiembre https://meet.google.com/lookup/f2dpoxyoly

	Grupo 3: Grados 502 JT miércoles Y viernes 9:00 am a 11:00 am Sesiones Ejecutadas • Miercoles 01 de Septiembre • Viernes 03 de Septiembre • Miercoles 08 de Septiembre • Viernes 10 de Septiembre • Miercoles 15 de Septiembre • Viernes 17 de Septiembre Sesiones Programadas • Miercoles 22 de Septiembre • Viernes 24 de Septiembre • Miercoles 29 de Septiembre https://meet.google.com/lookup/gjivc5hpwg Grupo 4: Grados 502JM miércoles y viernes 1:30 a 3:00 pm Sesiones Ejecutadas • Miercoles 01 de Septiembre • Viernes 03 de Septiembre • Miercoles 08 de Septiembre • Viernes 10 de Septiembre • Miercoles 15 de Septiembre • Viernes 17 de Septiembre Sesiones Programadas • Miercoles 22 de Septiembre • Viernes 24 de Septiembre • Miercoles 29 de Septiembre https://meet.google.com/lookup/gjivc5hpwg

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: SESIONES DE CLASE UBICACIÓN: Secop II Punto 7 Ejecución del Contrato **IDRD-CTO-1822 – 2021**
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.	**AVANCE: Se asistió y participo virtual a las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto para el periodo del mes de abril en el programa jornada escolar complementaria en la cual se destacan las siguientes fechas:** • 6 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa • 13 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa • 16 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa • 17 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa • 20 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa • 27 de Septiembre Reunión Pedagógica y Operativa **EVIDENCIA:** pantallazos y actas de reuniones. **UBICACIÓN:** Secop ll, numeral 7 informe Agosto carpeta obligación # 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:** Teniendo en cuenta las edades de los estudiantes, los ciclos a los que pertenecen y el grupo asignado; a los padres de familia la IED les solicitó los respectivos historiales médicos y la afiliación a la eps, pertenecientes a cada uno de los estudiantes que son parte del centro de interés **EVIDENCIA:** **UBICACIÓN:** Secop ll **IDRD-CTO-1822 - 2021**, numeral 7 informe carpeta obligación # 5.
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 partir de este periodo de actividades, se llevará un control de aquellos estudiantes que se destaquen en el centro de interés, para que de esta forma cuando se solicite por parte del proyecto de semilleros, se tenga una valoración adecuada y oportuna para presentar a los estudiantes. EVIDENCIA: Correo electrónico a el gestor IED, **UBICACIÓN:** Secop ll **IDRD-CTO-1822 - 2021**, numeral 7 informe marzo carpeta obligación # 6

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

Obligación No 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, asi como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	**No se da cumplimiento a esta obligación ya que en el periodo de actividades no se participa ni se realiza ninun evento local, distrital ni nacional,**
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

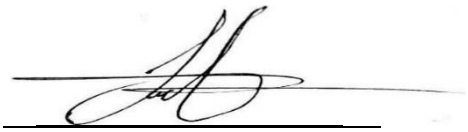
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	**SANITAS**	119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	**PROTECCION**	152.300
PAGO RIESGOS LABORALES	**POSITIVA**	23.200
	TOTAL	294.500

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

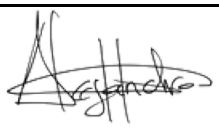
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista
Jhonny Alexis Lozano Aguirre
CC. No: 1.136.886.441

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

El formador cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales, acatando los lineamientos, ténicos, operativos y pedagógicos del proyecto Jornada Escolar Complementaria



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código105 Grado 02



APOYO A LA SUPERVISIÓN
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/09/2021

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

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

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

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

1	Contrato No.	**IDRD-CTO-1822-2021**												
2	Nombre del Contratista	**JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1.136.886.441**						
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.



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	1136886441	JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE	CARRERA 90 # 6A-47	4620207	jalozano726@misena.edu.co	
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	52745734	$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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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
CC	1136886441	JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE		CARRERA 90 # 6A-47	4620207	jalozano726@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	52745734	$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	1136886441	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS	59	0			N																	230201	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	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 1822 4927.pdf	1. CRP 1822 4927.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. ARL 1822.pdf	2. ARL 1822.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1822-2021 LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1822-2021 LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PRIMER RESONDIENTE.pdf	PRIMER RESONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Mayo 1.rar	Evidencias Mayo 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Mayo 2.rar	Evidencias Mayo 2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS MAYO INFORME.pdf	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS MAYO INFORME.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Junio 1.rar	Evidencias Junio 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Junio 2.zip	Evidencias Junio 2.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS JUNIO 2021.pdf	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Julio 1.rar	Evidencias Julio 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Julio 2.rar	Evidencias Julio 2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS JULIO 2021.pdf	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Agosto 1.rar	Evidencias Agosto 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Agosto 2.rar	Evidencias Agosto 2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS AGOSTO 2021.pdf	LOZANO AGUIRRE JHONNY ALEXIS AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Septiembre 1.rar	Evidencias Septiembre 1.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

APOYO A LA SUPERVISIÓN
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/09/2021

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE	COORDINADOR	EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
FECHA REVISIÓN	2021-09-17 16:04:13	Mes	Septiembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CUNDINAMARCA (IED)	CUNDINAMARCA,	1	**Jueves,09:00:00,11:00:00** 2-9-16-23-30 **Martes,09:00:00,11:00:00** 7-14-21-28	2-7-9-14-16		36	22
	CUNDINAMARCA,	2	**Jueves,13:30:00,15:30:00** 2-9-16-23-30 **Martes,13:30:00,15:30:00** 7-14-21-28	2-7-9-14-16			
	CUNDINAMARCA,	3	**Miercoles,09:00:00,11:00:00** 1-8-15-22-29 **Viernes,09:00:00,11:00:00** 3-10-17-24	1-3-8-10-15-17			
	CUNDINAMARCA,	4	**Miercoles,13:30:00,15:30:00** 1-8-15-22-29 **Viernes,13:30:00,15:30:00** 3-10-17-24	1-3-8-10-15-17			

FECHA - HORARIO	2021-09-06 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-09-13 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-09-16 (06:30:00 - 08:00:00)	TEMA	REUNIÓN OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-09-17 (11:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA



APOYO A LA SUPERVISIÓN
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/09/2021

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JHONNY ALEXIS LOZANO AGUIRRE	COORDINADOR	EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
FECHA REVISIÓN	2021-09-17 16:04:19	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CUNDINAMARCA (IED)	CUNDINAMARCA,	1	**Martes,09:00:00,11:00:00** 3-10-17-24-31 **Jueves,09:00:00,11:00:00** 5-12-19-26	3-5-10-12-17-19-24-26-31		32	32
	CUNDINAMARCA,	2	**Martes,13:30:00,15:30:00** 3-10-17-24-31 **Jueves,13:30:00,15:30:00** 5-12-19-26	3-5-10-12-17-19-24-26-31			
	CUNDINAMARCA,	3	**Miercoles,09:00:00,11:00:00** 4-11-18-25 **Viernes,09:00:00,11:00:00** 13-20-27	4-11-13-18-20-25-27			
	CUNDINAMARCA,	4	**Miercoles,13:30:00,15:30:00** 4-11-18-25 **Viernes,13:30:00,15:30:00** 13-20-27	4-11-13-18-20-25-27			

FECHA - HORARIO	2021-08-02 (14:00:00 - 15:00:00)	TEMA	REUNIÓN OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-08-04 (11:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-08-09 (14:00:00 - 16:00:00)	TEMA	REUNIÓN PEDAGÓGICA Y OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-08-13 (11:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNIÓN OPERATIVA
FECHA - HORARIO	2021-08-23 (10:00:00 - 11:00:00)	TEMA	Reunión operativa y pedagógica



APOYO A LA SUPERVISIÓN
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/09/2021

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1136886441
NOMBRES	JHONNY ALEXIS
APELLIDOS	LOZANO AGUIRRE
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/07/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/12/2021 23:35:54	**Estación de origen:**	192.168.70.220

APOYO A LA SUPERVISIÓN
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
DOCUMENTO No:52588403
GESTORA IED- IDRD
20/09/2021

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