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.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	11	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO- 2476- 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208002011015 53E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Anderson Divier Pinzón Castellanos	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1030558765	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	Dos (2) meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(4,620,000) Cuatro Millones Seiscientos Veinte Mil Pesos	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17 de noviembre 2020	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)	16/12/2020 al 24/01/2021	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	25 de febrero 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	17/11/2020 al 30/11/2020	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: Apoyar de manera presencial y/o virtual la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	**ACTIVIDAD:** En este periodo se realizaron guías pedagógicas centro de interés de fútbol de salón y guías de fútbol de salón para personas con discapacidad. **EVIDENCIA:** Guías del centro interés fútbol de salón. **UBICACIÓN**: Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 2: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.	**ACTIVIDAD:** Para este periodo de tiempo las clases dadas en la IDE finalizaron no se requiere registro en el SIM**,** se realizaron la guía pedagógicas del centro de interés de futbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 3: Ejecutar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió participar de manera presencial y/o virtual puesto que finalizaron las clases y en su lugar se realizaron las guías del centro de interés fútbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 4: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se registra por el motivo de las vacaciones escolares, pero en lugar se estuvo trabajando en las guías del centro de interés. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 5: Elaborar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según	**ACTIVIDAD:** Se elaboraron las guías del centro interés de fútbol de salón según los programas pedagógicos del Centro de interés con población con discapacidad. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii

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)

los parámetros establecidos por el proyecto.	
Obligación No. 6: Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	**ACTIVIDAD:** En este periodo las clases en el IDE fueron finalizadas por tal no se requirió SIM se realizaron las guías pedagógicas del centro de interés de fútbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 7: Apoyar de manera presencial y/o virtual la recopilación de 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.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió recopilar antecedentes médicos de manera presencial y/o virtual en los registros por el motivo de las vacaciones escolares se realizaron las guías pedagógicas del centro de interés de fútbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 8: Recopilar de manera presencial y/o virtual las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió participar de manera presencial y/o virtual en los registros pero se realizaron las guías pedagógicas del centro de interés de fútbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 9: Apoyar de manera presencial y/o virtual las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**ACTIVIDAD:** Apoyé de manera virtual las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en la IED, y el IDRD que tienen que ver con el cumplimiento de mi objeto contractual. **EVIDENCIA:** Acta y guías del centro de interés de fútbol de salón **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió participar de manera presencial y/o virtual en los registros pero se realizaron las guías pedagógicas del centro de interés de fútbol de salón. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la	**ACTIVIDAD:** En este periodo de tiempo se entregó el certificado de primer respondiente vigente.

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)

certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	**EVIDENCIA:** Certificado de primer respondiente **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	**ACTIVIDAD:** He cumplido con los lineamientos operativos y pedagógicos del centro de interés Fútbol de Salón**:** Se tienen en cuenta las sesiones de clase del centro de interés asignado **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 13: 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 entidad.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió participar de manera presencial y/o virtual en eventos locales, distritales, nacionales ni internacionales 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 entidad pero se realizaron las guías del centro de interés de fútbol de salón **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** Se encuentra cargada en secop ii
Obligación No. 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**ACTIVIDAD:** En este periodo no se me requirió participar de manera presencial y/o virtual en los registros por el motivo de las vacaciones escolares pero se realizaron las guías pedagógicas del centro de interés de futbol de salon. **EVIDENCIA:** Guías del centro de interés de fútbol de salón. **UBICACIÓN:** se encuentra cargada en secop ii
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

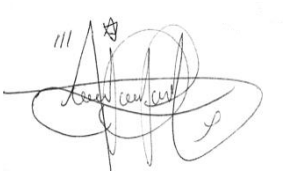
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	0.00
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	0.00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	0.00
	TOTAL	0.00

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
Anderson Divier Pinzón Castellano
Cc **1030558765**

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

Anderson Divier Pinzón Castellano cumplió de acuerdo con las obligaciones contractuales y programación establecida durante este mes



Leonardo Ardila Lozano
CC. 79562745
Gestor IED



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: John Freedy Molano Diaz
N° de Identificación: 79.859.314
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02 (E)
Gerente (E) proyecto 7854 Jornada escolar 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.	**IDRD-CTO 2476-2020**												
2	Nombre del Contratista	**ANDERSON DIVIER PINZON CASTELANOS**												
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1030558765**						
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 $							Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $						
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $							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 **11** AA **2020**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

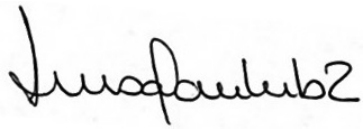
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor ANDERSON DIVIER PINZON CASTELLANOS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.030.558.765, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 16/11/2020 y fecha fin de contrato 08/01/2021 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101011425035.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Adrián Gutiérrez Ruiz
Médico Cirujano
ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA 4336/2019 RMD: 79318890

NIT. 79318890-2
Av. 1o. de Mayo
(Transv.74F) No. 40G - 51 Sur
Tel: 452 04 22 • Cel: 321 269 4153
cmagutierrez14@gmail.com

Fecha 01 10 2020

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 520

Empresa: IRRD

Tipo de examen: Ocupacional

Énfasis: Osteomuscular

Este documento es valido solo si esta respaldado por la historia clínica o valoración medica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicandose con nosotros al Tel: 452 0422 Cel: 321 269 4153

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres: Pinzon Castellanos Anderson Divier

Cargo: Entrenador | Doc: CC | No: 1030558765 | Edad (años): 31 años

CONCEPTO

☑ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso

- ☑ Sin restricciones para el cargo
- ☐ Con restricciones compatibles para el cargo
- ☐ Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo
- ☐ Aplazado
- ☐ Satisfactorio
- ☐ No satisfactorio
- ☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida
- ☐ Hay restricciones a su labor
- ☐ Examen de egreso satisfactorio
- ☐ Examen de egreso no satisfactorio
- ☐ Otro

Motivo del aplazamiento:
☑ Ninguno

Restricciones:
☑ Ninguna

Descripción adicional del concepto:
☑ Ninguno

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- ☐ Audiología
- ☑ Visiometría
- ☐ Optometría
- ☐ Espirometría
- ☐ Prueba psicométrica
- ☐ Electrocardiograma
- ☐ Laboratorio, Clínico
- ☐ Rayos X
- ☐ Prueba de esfuerzo

Otros exámenes:

Descripción de resultados:
Ojo Derecho 20/20 Ojo Izquierdo 20/20

RECOMENDACIONES:

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

- ☐ Control periódico por EPS
- ☐ Remisión a EPS (ver a que servicio)
- ☐ Continuar manejo médico
- ☐ Seguimiento caso ARL
- ☐ Control periódico ocupacional
- ☑ Higiene postural
- ☑ Utilización de Elementos de seguridad profesional
- ☑ Pausas activas periódicas
- ☐ Dieta
- ☑ Ejercicio regular 3 veces a la semana
- ☐ Dejar hábito de fumar
- ☐ Suspender bebidas alcohólicas

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.
☐ Visual ☐ Auditivo ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS

☑ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al Doctor abajo mencionado, a realizar en mi el exámen y paraclinicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clinica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen medico y/o paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoria brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que el Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto medico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

MÉDICO:

Firma y Sello: Adrián Gutiérrez Ruiz Médico Cirujano Especialista en Riesgos Laborales SST Licencia 4336/2019 - RMD 79318890

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma y número de doc: 1030558765

HUELLA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PINZON CASTELLANOS ANDERSON DIVIER** identificado(a) con **CC** número **1.030.558.765** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de septiembre de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 29 de mayo de 2021.

Cordialmente,



***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2021052911451

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANDERSON DIVIER PINZON CASTELLANOS identificado(a) con cedula ciudadania 1.030.558.765, se encuentra en Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201005	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Mayo de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: EYMI YOJANA HUERFANO
16083543

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

www.compensar.com

Escaneado con CamScanner

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	1030558765
NOMBRES	ANDERSON DIVIER
APELLIDOS	PINZON CASTELLANOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



Leonardo Ardila Lozano
CC. 79562745
Gestor IED



Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SUSPENSIÓN POR MORA.	CAJA DE COMPENSACIËN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	10/07/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/29/2021 05:24:55	Estación de origen:	181.131.246.204

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.

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN:Programacion Formador Anderson Pinzon	DD	MM	AA
ACTA No.		17	11	2020

LUGAR:	meet.google.com/mvm-dmjk-	HORA DE INICIO:	6:00	HORA FIN:	7:00

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
Anderson Pinzon	formador	Jornada Escolar Complemetaria
Juan Carlos Gonzalez	Gestor Zonal	Jornada Escolar Complemetaria
Leonardo Ardila Lozano	Gestor IED OEA	Jornada Escolar Complemetaria

Leonardo Ardila Lozano
CC. 79562745
Gestor IED

ORDEN DEL DIA

1. Asignacion programación	4.
2.	5.
3.	6.

TEMAS TRATADOS

1. Dado que las actividades en la IED OEA a la fecha ya terminaron con los estudiantes, no hay establecida

con los estudiantes, se hace la programacion de actividades para el formador Anderson Pinzon asi:

actividades del 17 al 4 de diciembre, debe diseñar, y presentar 1 guia pedagogica para el centro de interes en Futbol de salon para ciclos 3 y 4 correspondientes a un mes 4 semanas 8 sesiones .

Actividades del 7 al 15 de diciembre, se debe incorporar al centro de interes de futbol de salon

presentando los entregables solicitados por la coordinacion pedagogica y social en el drive dispuesto para tal fin, cada dia debe hacer los registro de las respectivas evidencias

Debe presentar el informe de actividades según fornmato e inidcaciones y anexar los documentos solcitados

como soportes de dicho informe

COMPROMISOS		
TEMA	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE** PARA SU REALIZACIÓN

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN					
¿Se logró el objetivo?	**SI**	**x**	**NO**		

Observaciones

LA PRESENTE ACTA CONSIGNA LAS MEMORIAS REALIZADAS EN LA REUNIÓN VIRTUAL MEDIANTE LA APLICACIÓN O PLATAFORMA VIRTUAL Google Meet ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS, ANTE LA DECLARATORIA DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA, “durante el período de aislamiento preventivo obligatorio las personas naturales vinculadas a las entidades públicas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, continuarán desarrollando sus objetos y obligaciones contractuales mediante trabajo en casa y haciendo uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones”, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 491 DEL 28 DE MARZO DE 2020. POR LO CUAL CONTIENE FIRMAS DIGITALES Y SE RELACIONA LAS PERSONAS PARTICIPANTES.

Siendo las _____7:00_____ se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		**SECRETARIO (S)** Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA		**FIRMA**		
NOMBRE	Juan Carlos Gonzalez	**NOMBRE**		
CARGO	Gestor Zonal	**CARGO**		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	Leonardo Ardila Lozano

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

< Eva

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargadc
☐	1. CRP 11756 2476.pdf	1. CRP 11756 2476.pdf	Comprad
☐	2. ARL 2476.pdf	2. ARL 2476.pdf	Comprad
☐	certificad_arl_2021.pdf	certificad_arl_2021.pdf	Proveedc
	POLIZA ANDERSON.pdf (Archivado)	POLIZA ANDERSON.pdf	Proveedc
☐	1. IDRD_2021_CERTIFICACION_CUMPLIMIENTO_NOVIEMBRE.pdf	1. IDRD_2021_CERTIFICACION_CUMPLIMIENTO_NOVIEMBRE.pdf	Proveedc
☐	2_Certificado_Bancario.pdf	2_Certificado_Bancario.pdf	Proveedc
☐	5_acta_inicio.pdf	5_acta_inicio.pdf	Proveedc
☐	6_arl_2021.pdf	6_arl_2021.pdf	Proveedc
☐	7_Salud_ocupacional_anderson.pdf	7_Salud_ocupacional_anderson.pdf	Proveedc
☐	8. Certificado Protecci anderson (1).pdf	8. Certificado Protecci anderson (1).pdf	Proveedc
☐	8. salud.pdf	8. salud.pdf	Proveedc
☐	9_rut.pdf	9_rut.pdf	Proveedc
☐	9-RIT.pdf	9-RIT.pdf	Proveedc
☐	10_CRP.pdf	10_CRP.pdf	Proveedc
☐	11_pantallazo poliza.pdf	11_pantallazo poliza.pdf	Proveedc
☐	15_contrato.pdf	15_contrato.pdf	Proveedc
☐	12. POLIZA ANDERSON.pdf	12. POLIZA ANDERSON.pdf	Proveedc
☐	16_condiciones.pdf	16_condiciones.pdf	Proveedc
☐	17_.Estudios Previos.pdf	17_.Estudios Previos.pdf	Proveedc
☐	18_Eps_anderson.pdf	18_Eps_anderson.pdf	Proveedc
☐	NOVIEMBRE_2020.zip	NOVIEMBRE_2020.zip	Proveedc

Cancelar

< Eva



Leonardo Ardila Lozano
CC. 79562745
Gestor IED