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.	6		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	10	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 1836-2021 04/05/2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100625E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1016036741	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 (17.842.500)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	06 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 12 DE FEBRERO DE 2022 (19 DÍAS)	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	DEL 9 DE OCTUBRE 2021AL 17 DE OCTUBRE DEL 2021 (9 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	12 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	01 AL 8/10/2021 y del 18 al 30/10/2021	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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.	**ACTIVIDADES** Desarrolle mis sesiones de clase durante el periodo programado del 1 de octubre al 30 de octubre del 2021 y se están desarrollando los contenidos del área psicosocial con los siguientes grupos: Grupo 1 Martes 7:00 am a 9:00 am Miércoles 8:00 am a 10:00 am Grupo 2 Martes 9:00 am a 11:00 am Viernes 8:00 am a 10:00 am Grupo 3 Jueves 12:00 pm a 2:00 pm Miércoles 1:00 pm a 3:00 pm Grupo 4 Jueves 2:00 pm a 4:00 pm Viernes 1:00 pm a 3:00 pm **EVIDENCIA** Reporte SIM **UBICACIÓN** Carpeta de SECOP II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, en la sección documentos de ejecución del contrato en descripción evidencias informe 6 mes octubre del 2021 – CPS 1836 – obligación 1.
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de	**ACTIVIDADES** Para el periodo de mención el grupo del área pedagógica no realiza ninguna intervención, pero se tendrá en cuenta desde el área de la malla curricular, y se desarrollará atendiendo la malla curricular el plan de trabajo al gestor IED con el colegio Alfredo Iriarte en los grados de primero.

<table>
<tr>
<td>acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED</td>
<td>EVIDENCIA
MALLA CURRICULAR

UBICACIÓN
Carpeta de SECOP II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, en la sección documentos de ejecución del contrato en descripción evidencias informe 6 mes octubre del 2021 – CPS 1836 – 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</td>
<td>ACTIVIDADES
GURPO Y HORARIOS

Realicé las sesiones de clase de acuerdo con la programación del 1 de octubre al 30 de octubre del 2021, para el colegio Alfredo Iriarte con los grados de 6 a 9 grado:

Grupo 1
Martes 7:00 am a 9:00 am
Miércoles 8:00 am a 10:00 am
Grupo 2
Martes 9:00 am a 11:00 am
Viernes 8:00 am a 10:00 am
Grupo 3
Jueves 12:00 pm a 2:00 pm
Miércoles 1:00 pm a 3:00 pm
Grupo 4
Jueves 2:00 pm a 4:00 pm
Viernes 1:00 pm a 3:00 pm

<table>
<tr><td>COORDINADOR</td><td colspan="4">GUSTAVO ANDRÉS LANCHEROS RODRÍGUEZ</td></tr>
<tr><td>Mes</td><td colspan="4">Octubre</td></tr>
<tr><th>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>SESIONES NO EJECUTADAS</th><th>TOTAL PROGRAMADAS</th><th>TOTAL EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>Martes,07:00:00,09:00:00
5-19-26
Miercoles,08:00:00,10:00:00
6-20-27</td><td>6-19</td><td>5</td><td rowspan="4">26</td><td rowspan="4">10</td></tr>
<tr><td>Viernes,08:00:00,10:00:00
1-8-22-29
Martes,09:00:00,11:00:00
5-19-26</td><td>1-8-19</td><td>5</td></tr>
<tr><td>Miercoles,13:00:00,15:00:00
6-20-27
Jueves,12:00:00,14:00:00
7-21-28</td><td>6-7</td><td></td></tr>
<tr><td>Viernes,13:00:00,15:00:00
1-8-22-29
Jueves,14:00:00,16:00:00
7-21-28</td><td>1-7-8</td><td></td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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>EVIDENCIA
Ejecución de la clase en el sim con registro de asistencia

UBICACIÓN
Sim YAISA.OLAYA y Carpeta de SECOP II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, en la sección documentos de ejecución del contrato en descripción evidencias informe 6 mes octubre del 2021– CPS 1836 – obligación 3.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.</td>
<td>ACTIVIDADES

Para este periodo de actividades se participa de manera activa de las sesiones de fortalecimiento pedagógicas y operativas asistiendo a las siguientes reuniones:

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>TEMA</th><th>QUIEN CONVOCA</th></tr>
<tr><td>2021-10-04 (16:00:00 - 17:00:00)</td><td>REUNION MENSUAL ZONA 4</td><td>GESTOR IED</td></tr>
<tr><td>2021-10-05 (08:00:00 - 09:00:00)</td><td>REUNIÓN SEMANAL DE SEGUIMIENTO</td><td>GESTOR IED</td></tr>
</table>
EVIDENCIA
Actas de reunión

UBICACIÓN
Sim YAISA.OLAYA y Carpeta de SECOP II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, en la sección documentos de ejecución del contrato en descripción evidencias informe 6 mes octubre del 2021– CPS 1836 – 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</td>
<td>ACTIVIDADES

Nos encontramos entregando los consentimientos informados para la recolección de estos datos, se recolectarán por medio de la docente de cada curso los estudiantes de la IED ALFREDO IRIARTE.</td>
</tr>
</table>

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.	**ACTIVIDADES** Por las condiciones de salubridad que está pasando el país nos encontramos en clases en tierra y por ende muy pronto se estará re iniciando los procesos, una vez se detecte estudiantes con características y habilidades se reportará ante el gestor IED y serán enviados con los docentes del semillero de respectivo deporte.
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	**ACTIVIDADES** Durante este periodo no se me solicita participar en ningún evento para apoyar el programa

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)

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	152.400
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	23.200
	TOTAL	294.600

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
Nombre: Olaya Suarez Yaiza Nicol
N° de Identificación: 1.016.036.741

Marco Antonio López Marchan
MARCO ANTONIO LÓPEZ M
Gestor IED Zona 4
CC: 80139664 de Bogotá D.C
Apoyo a la supervisión
19/10/2021

VoBo: GUSTAVO ANDRES LANCHEROS R
Gestor IED Zona 4
CC: 80827770 de Bogotá D.C

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

EN EL PRESENTE LAPSO, EL CONTRATISTA CUMPLIO 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.	**1836-2021**												
2	Nombre del Contratista	**OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1016036741**						
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 $	**152.400,00**						
	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 **10** 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	1016036741	YAIZA NICOL OLAYA SUAREZ	CR 81A#13D-27	3144526224	YNIKOLAYA@GMAIL.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	
2021-09	2021-09	I	19/10/2021	54075469	$294.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	152.400	0	0	0	0	0	0		152.400	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	152.400	152.400
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	294.600	294.600

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	1016036741	YAIZA NICOL OLAYA SUAREZ		CR 81A#13D-27	3144526224	YNIKOLAYA@GMAIL.COM
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	
2021-09	2021-09	I	19/10/2021	54075469	$294.600	

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	Exonerado	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	1016036741	OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL	57	0			N																	230201	952.000	152.400	0	0	0	0	EPS008	952.000	119.000	14-23	952.000	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

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	1016036741
NOMBRES	YAIZA NICOL
APELLIDOS	OLAYA SUAREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Marco Antonio López Marcon
MARCO ANTONIO LÓPEZ M
Gestor IED Zona 4
CC: 80139664 de Bogotá D.C
Apoyo a la supervisión
19/10/2021



VoBo: GUSTAVO ANDRES LANCHEROS R
Gestor IED Zona 4
CC: 80827770 de Bogotá D.C

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/04/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/19/2021 12:25:03	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	YAISA NIKOL OLAYA SUAREZ	COORDINADOR	GUSTAVO ANDRÉS LANCHEROS RODRÍGUEZ
FECHA REVISIÓN	2021-10-20 01:39:13	Mes	Octubre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ALFREDO IRIARTE (I	CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR,	1	**Martes,07:00:00,09:00:00** 5-19-26 **Miercoles,08:00:00,10:00:00** 6-20-27	6-19	5	26	10
	CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR, CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR, CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR,	2	**Viernes,08:00:00,10:00:00** 1-8-22-29 **Martes,09:00:00,11:00:00** 5-19-26	1-8-19	5		
	CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR,	3	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 6-20-27 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 7-21-28	6-7			
	CHIRCALES, EL MIRADOR, LA MERCED SUR,	4	**Viernes,13:00:00,15:00:00** 1-8-22-29 **Jueves,14:00:00,16:00:00** 7-21-28	1-7-8			

FECHA - HORARIO	2021-10-04 (16:00:00 - 17:30:00)	TEMA	ZONA 4 FORMADORES
FECHA - HORARIO	2021-10-05 (08:00:00 - 10:00:00)	TEMA	REUNIÓN SEMANAL DE SEGUIMIENTO COL ALFREDO IRIARTE IED

Marco Antonio López Marcon

MARCO ANTONIO LÓPEZ M
Gestor IED Zona 4
CC: 80139664 de Bogotá D.C
Apoyo a la supervisión
19/10/2021

VoBo: GUSTAVO ANDRES LANCHEROS R
Gestor IED Zona 4
CC: 80827770 de Bogotá D.C

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 1838 4865.pdf (Archivado)	1. CRP 1838 4865.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. ARL 1838.pdf (Archivado)	2. ARL 1838.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. CRP 1836 4870.pdf	1. CRP 1836 4870.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1836.pdf	2. ARL 1836.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1836-2021 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1836-2021 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	primer respondiente olaya suarez yaiza nicol 1836.pdf	primer respondiente.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 MES DE MAYO DEL 2021 CTO 1836.zip	EVIDENCIAS INFORME 1 MES DE MAYO DEL 2021 CTO 1836.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	INFORME 1 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 MES JUNIO DEL 2021 – CPS 1836.pdf	EVIDENCIAS INFORME 2 MES JUNIO DEL 2021 – CPS 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFIRME 2 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	INFIRME 2 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA 3 MES DEL JULIO 2021-CTO 1836.pdf	EVIDENCIA 3 MES DEL JULIO 2021-CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME 4 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf (Archivado)	INFORME 4 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 3 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	INFORME 3 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS No 4 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	EVIDENCIAS No 4 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL - AGOSTO 2021 (1).pdf	OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL - AGOSTO 2021 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA No5 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836 1.pdf	EVIDENCIA No5 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 5 - SEPTIEMBRE 2021.pdf	INFORME 5 - SEPTIEMBRE 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS No 6 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836 2021.pdf	EVIDENCIAS No 6 OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL CTO 1836 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Marco Antonio López Merchan
MARCO ANTONIO LÓPEZ M
Gestor IED Zona 4
CC: 80139664 de Bogotá D.C
Apoyo a la supervisión
19/10/2021

VoBo: GUSTAVO ANDRES LANCHEROS R
Gestor IED Zona 4
CC: 80827770 de Bogotá D.C

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >