## 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** |
|---|
| **1891-2021/ 10-05-2021** |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| **20218002011006 39E** |

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | ANGELA MARIA IBAÑEZ | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1072192466 | 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 | 17.842.500 Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos pesos M/C | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 12 de mayo de 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) | Del 9 de octubre al 17 de octubre del 2021 (9) días | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 30 de diciembre de 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 octubre hasta 8 de octubre de 2021<br>Del 18 de octubre hasta 30 de octubre 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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.</td><td>
Actividades: Se realiza la ejecución de la sesiones de clases de manera presencial y asincrónica con cada uno de los cuatro grupos con los acuerdos realizados, por el proyecto y la IED Villas del Progreso para el centro de interés baloncesto; aplicando, las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes, Durante el periodo de actividades del mes de octubre de 2021.se realizaron las siguientes sesiones de sesiones de clase.
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Planeación de clases</th><th>Ejecución de clases</th></tr>
<tr><td rowspan="2">I</td><td>lunes-viernes 2:00 a 4:00 pm</td><td>1,4,8 de octubre</td><td rowspan="2">1,4,8,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes 3:00- 5:00pm y Miércoles 2:00-4:00 pm</td><td>19,21,26,28 de octubre</td></tr>
<tr><td rowspan="2">II</td><td>miercoles-2:00-4:00pm viernes: 3:00-5:00 pm</td><td>1,6,8, de octubre</td><td rowspan="2">1,6,8,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes 1:00-3:00 pm Miércoles 2:00-4:00pm</td><td>19,20,26,27 de octubre</td></tr>
<tr><td rowspan="2">III</td><td>lunes y miércoles 8:00-10:00 am</td><td>4,6 de octubre</td><td rowspan="2">4,6,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes de 10:00-12:00 Jueves 9:00-11:00</td><td>19,21,26,28 de octubre</td></tr>
<tr><td>IV</td><td>Miércoles y viernes de 9:00-11:00 am{</td><td>Guías didácticas 12,13,14</td><td>Guías didácticas 12,13</td></tr>
</table>
El día 4 de octubre se da inicio a las sesiones presenciales en el parque Gilma Jiménez donde se reciben los estudiantes<br><br>
Grupo 4: Guías didácticas<br><br>
Evidencias: Guías didácticas.<br>
Ubicación: OBLIGACION 1
</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>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: la propuesta general del centro de interés de baloncesto, se presenta siguiendo la línea educativa por parte de la IED de Villas del Progreso y el IDRD con cada uno de los enfoques, para el ciclo asignado.<br>La propuesta se estará modificando según las necesidades y notificaciones de ambas entidades se hizo entrega de la malla curricular de la IED el día 17 de agosto del periodo pasado Por plataforma teams. Se sigue adjuntado dentro de las evidencias<br><br>Evidencias: Propuesta Pedagógica.<br>Ubicación: OBLIGACIÓN 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 3: Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</td>
<td>Actividades: para este periodo de actividades de OCTUBRE, se realizaron la planeación de las sesiones de clase teniendo en cuenta las directrices por la IED Villas del Progreso el centro de interés de baloncesto. Para ejecutar de manera presencial y por guías
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Planeación de clases</th><th>Ejecución de clases</th></tr>
<tr><td rowspan="2">I</td><td>lunes-viernes 2:00 a 4:00 pm</td><td>1,4,8 de octubre</td><td rowspan="2">1,4,8,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes 3:00- 5:00pm y Miércoles 2:00-4:00 pm</td><td>19,21,26,28 de octubre</td></tr>
<tr><td rowspan="2">II</td><td>miercoles-2:00-4:00pm viernes: 3:00-5:00 pm</td><td>1,6,8, de octubre</td><td rowspan="2">1,6,8,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes 1:00-3:00 pm Miércoles 2:00-4:00pm</td><td>19,20,26,27 de octubre</td></tr>
<tr><td rowspan="2">III</td><td>lunes y miércoles 8:00-10:00 am</td><td>4,6 de octubre</td><td rowspan="2">4,6,19 de octubre</td></tr>
<tr><td>Ahora Martes de 10:00-12:00 Jueves 9:00-11:00</td><td>19,21,26,28 de octubre</td></tr>
<tr><td>IV</td><td>Miércoles y viernes de 9:00-11:00 am{</td><td>Guías didácticas 12,13,14</td><td>Guías didácticas 12,13</td></tr>
</table>
El día 4 de octubre se da inicio a las sesiones presenciales en el parque Gilma Jiménez donde se reciben los estudiantes<br><br>Evidencias: Planes de clase SIM.<br>Ubicación: OBLIGACION 3</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)**

| | |
|---|---|
| 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. | **Actividades:** para este periodo se realizaron encuentros vía whatsapp para terminar de coordinar los encuentros presenciales con los estudiantes, con la coordinadora enlace de la Ied Villas del progreso<br><br>**Evidencias:** Actas de reunión y fotos.<br>**Ubicación:** carpeta OBLIGACION 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. | **Actividades:** Para esta obligación se maneja una ficha con el listado de las estudiantes, donde se encuentra alguna parte de la información de los escolares, referentes a datos personales, antecedentes y condiciones médicas de los escolares con la ayuda de los docentes enlaces de la IED se recopilara la totalidad de la información. Y se tiene en pdf los archivos de los consentimientos informados de los estudiantes<br><br>**Evidencias**: Listado de escolares IED.<br>**Ubicación:** obligación N. 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. | **Actividades:** Para este periodo no se realizará el registro de los estudiantes que cumplen con las condiciones y habilidades deportivas; debido que ha esta fecha de este periodo se ha tenido solo encuentros virtuales y no se logra identificar quien desarrolle habilidades. Y no hay semilleros para el centro de interés de baloncesto |

## 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)**

**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.

**3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES**

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | FAMISANAR | $ 119.000 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PORVENIR | $ 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.

Angela Ibañez M.

Firma Contratista
Nombre: ANGELA MARIA IBAÑEZ MEDINA
Cedula: 1.072.192.466

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.
La contratista cumple a cabalidad con todas las obligaciones asignadas durante este periodo.

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

Y. Marcela Silva F.
V.B 21/10/2021
Apoyo a la supervisión
Y. marcela Silva florez
Gestora IED

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. | **1891-2021** | | | | | | | | | | | |
| **2** | Nombre del Contratista | **ANGELA MARIA IBAÑEZ MEDINA** | | | | | | | | | | | |
| **3** | Identificación | CC | **X** | CE | | | | **1072192466** | | | | | |
| **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.**

Angela M. Ibañez

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **10** AA **2021**

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1072192466 | | IBAÑEZ MEDINA ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 9 B N 5 15 | SIBATE-CUNDINAMARCA | 7250222 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-09 | 2021-09 | 1158108349 | 9425185541 | I | 2021/10/15 | 2021/10/07 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $294,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $152,400 | $0 | $0 | $152,400 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $152,400 | $0 | $0 | $152,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $23,200 | $0 | $0 | $23,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $23,200 | $0 | $0 | $23,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $119,000 | $0 | $0 | $119,000 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $119,000 | $0 | $0 | $119,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $294,600 | $0 | $0 | $294,600 |

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 1891 5052.pdf | 1. CRP 1891 5052.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. ARL 1891.pdf | 2. ARL 1891.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1891-2021 IBAÑEZ MEDINA ANGELA MARIA.pdf | ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1891-2021 IBAÑEZ MEDINA ANGELA MARIA.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1891-2021 MAYO 2021 2.pdf | EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1891-2021 MAYO 2021 2.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 001 INFORME MAYO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021 (3).pdf | 001 INFORME MAYO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021 (3).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1891-2021 JUNIO 2021 2.pdf.pdf (Archivado) | EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 1891-2021 JUNIO 2021 2.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1891-2021 JUNIO 2021 2.pdf.pdf | EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1891-2021 JUNIO 2021 2.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 002 INFORME JUNIO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf | 002 INFORME JUNIO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1891-2021 JULIO 2021 2.pdf.pdf.pdf | EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1891-2021 JULIO 2021 2.pdf.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 003 INFORME JULIO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf.pdf | 003 INFORME JULIO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1891-2021 AGOSTO 2021.pdf | EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1891-2021 AGOSTO 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 004 INFORME AGOSTO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf.pdf.pdf | 004 INFORME AGOSTO ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 1891-2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf.pdf | EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 1891-2021 SEPTIEMBRE 2021.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 005 INFORME SEPTIEMBRE ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf | 005 INFORME SEPTIEMBRE ANGELA IBAÑEZ 1891-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 6 CPS 1891-2021 OCTUBRE 2021.pdf | EVIDENCIAS INFORME 6 CPS 1891-2021 OCTUBRE 2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# 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 | 1072192466 |
| NOMBRES | ANGELA MARIA |
| APELLIDOS | IBAÑEZ MEDINA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

V.B 21/10/2021
Apoyo a la supervisión
Y. marcela Silva florez
Gestora IED

## 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 | 02/12/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 10/19/2021 11:29:32 | 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

**1.RELACIÓN SESIONES**

| NOMBRE | ANGELA MARIA IBAÑEZ MEDINA | COORDINADOR | YANETH MARCELA SILVA FLOREZ |
|---|---|---|---|
| FECHA REVISIÓN | 2021-10-20 12:44:12 | Mes | Octubre |

| IED | SEDE | GRUPO | SESIONES PLANEADAS (HORARIO) | SESIONES EJECUTADAS | SESIONES NO EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLEGIO VILLAS DEL PROGRES | VILLAS DEL PROGRESO, SEDE C, | 1 | **Viernes,01:00:00,14:30:00**<br>1<br>**Lunes,01:00:00,02:30:00**<br>4<br>**Viernes,02:00:00,16:00:00**<br>8<br>**Martes,15:00:00,17:00:00**<br>19-26<br>**Jueves,02:00:00,16:00:00**<br>21-28 | 1-4-8 | 19 | 26 | 9 |
| | VILLAS DEL PROGRESO, SEDE C, | 2 | **Viernes,15:00:00,16:30:00**<br>1<br>**Miercoles,13:00:00,14:30:00**<br>6<br>**Viernes,14:00:00,16:00:00**<br>8<br>**Martes,13:00:00,15:00:00**<br>19-26<br>**Miercoles,14:00:00,16:00:00**<br>20-27 | 1-6-8 | 19 | | |
| | VILLAS DEL PROGRESO, SEDE C, | 3 | **Lunes,08:00:00,09:30:00**<br>4<br>**Miercoles,09:00:00,11:00:00**<br>6<br>**Martes,10:00:00,12:00:00**<br>19-26<br>**Jueves,09:00:00,11:00:00**<br>21-28 | 4 | 6-19 | | |
| | VILLAS DEL PROGRESO, SEDE C, | 4 | **Martes,10:00:00,11:30:00**<br>5<br>**Jueves,16:00:00,17:30:00**<br>7<br>**Miercoles,09:00:00,11:00:00**<br>20-27<br>**Viernes,09:00:00,11:00:00**<br>22-29 | 5-7 | | | |

Yaneth Marcela Silva f.

V.B 21/10/2021
Apoyo a la supervisión
Y. marcela Silva florez
Gestora IED