## 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.** | 10 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 10 | 12 | 2021 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| **0223- 09 DE MARZO DE 2021** |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| **20218002011003 44E** |

### 1. INFORME GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | DUVAN HARLEY AGUDELO GONZALEZ | Registre y nombr e apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1031150918 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SERVICIO 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 | 3 MESES (TRES MESES) | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | $21’411.000 (VEINTI UN MILLONES CUATROCIENTOS ONCE MIL PESOS) | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | MARZO 09 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) | 11/12/2021 al 23/01/2022 | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | DICIEMBRE 21 DE 2021 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | 01/12/2021 al 10/12/2021 | 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:** Se realizan las vacaciones recreo-deportivas en el parque La Gaitana, planificando y ejecutando sesiones de clase con escolares de los ciclos 1,2, 3 y 4 en las cuales el juego, es lo más importante, es la base y el fin último de estos impactos.<br><br>**EVIDENCIAS:** Planificaciones y fotografías actividades y del mural final realizado por los NNJA<br><br>**UBICACIÓN:** plataforma SIM - carpeta virtual anexa a este informe y plataforma 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)**

| | |
|---|---|
| **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. | **ACTIVIDADES:** En esta primera instancia se repasa y analiza el correcto desarrollo de la malla curricular, sugiriendo diversas actividades en el impacto mismo del centro de interés de BALONCESTO de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto.<br><br>**EVIDENCIAS:** Malla curricular Baloncesto<br><br>**UBICACIÓN:** carpeta virtual anexa a este informe y plataforma Secop II |

| | |
|---|---|
| **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. | **ACTIVIDADES:** Se realizan las vacaciones recreo-deportivas en el parque La Gaitana, planificando y ejecutando sesiones de clase en las cuales el juego, es lo más importante, es la base y el fin último de estos impactos.<br><br>**EVIDENCIAS:** Planificaciones actividades y fotografías de mural final realizado por los NNJA<br><br>**UBICACIÓN:** plataforma SIM carpeta virtual anexa a este informe y plataforma Secop II |

| | |
|---|---|
| **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**: Se asistió a la reunión de manera virtual, convocada por el gestor Luis Alejandro para ultimar detalles de las vacaciones recreo-deportivas<br><br>**EVIDENCIAS:** pantallazo de la reunión virtual<br><br>**UBICACIÓN:** plataforma SIM carpeta virtual anexa a este informe y plataforma Secop ll |

| | |
|---|---|
| **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:**<br>La solicitud de los antecedentes médicos de los estudiantes de la IED La Gaitana se realiza de manera interna al hacer las inscripciones a cada uno de los centros de interés del programa Jornada Escolar Complementaria, para evitar accidentes por patologías médicas.<br><br>**EVIDENCIAS:** carpetas de inscripción IED La Gaitana<br><br>**UBICACIÓN**: archivos digitales de la coordinadora enlace de la IED Nubia Emperatriz Mora. Jornada Escolar complementaria - IDRD |
| **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**: en éste periodo inicial no se identifica ni se postula ningún escolar a semilleros |

## 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. | **ACTIVIDADES:** En éste periodo se asistió a la Jornada de Cualificación pedagógica de manera presencial el día 6 de Diciembre en la IED Margarita Ortega de Nariño en horario de 8:00am a 12:00pm<br><br>**EVIDENCIAS:** Fotografías de las actividades desarrolladas<br><br>**UBICACIÓN:** plataforma SIM carpeta virtual anexa a este informe y plataforma Secop ll |
| **Declaración**: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. | |

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | FAMISANAR | $113.600 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PORVENIR | $145.400 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | $4.800 |
| | **TOTAL** | $263.800 |

**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
AGUDELO GONZALEZ DUVAN HARLEY
1031150918

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

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
Nº 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. | 0223 - 2021 | | | | | | | | | | | | |
| **2** | Nombre del Contratista | DUVAN HARLEY AGUDELO GONZALEZ | | | | | | | | | | | | |
| **3** | Identificación | CC | **X** | CE | | | | 1031150918 | | | | | | |
| **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 $ | 113.600 | | | | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | | 145.400 | | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | 4.800 | | | | | | 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.**



Dada en Bogotá D.C. a los: DD 10 MM 12 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 | 1031150918 | DUVAN HARLEY AGUDELO GONZALEZ | Cra 17f#69-69 sur | 7650476 | dhag24@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 | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 07/12/2021 | 55231937 | $263.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 113.600 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 113.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 145.400 | 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 | 4.800 | | | | 4.800 | 0 | 0 | 4.800 | | | 48 | 4.800 | 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 | 113.600 | 113.600 |
| Pensión | 1 | 145.400 | 145.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 4.800 | 4.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 263.800 | 263.800 |

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 | 1031150918 | DUVAN HARLEY AGUDELO GONZALEZ | | Cra 17f#69-69 sur | 7650476 | dhag24@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 | |
| 2021-11 | 2021-11 | I | 07/12/2021 | 55231937 | $263.800 | |

## 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 | 1031150918 | AGUDELO GONZALEZ DUVAN HARLEY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 908.526 | 113.600 | 14-23 | 908.526 | 1 | 4.800 | | 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 | 1031150918 |
| NOMBRES | DUVAN HARLEY |
| APELLIDOS | AGUDELO GONZALEZ |
| 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 | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 17/02/2016 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 10/11/2021 11:44:21 | **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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BOGOTA, D.C.** | **CORREDORES** | **17** | **17-44-101192897** | **1** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **07** | **12** | **2021** | **01** | **10** | **2021** | **00:00** | **23** | **07** | **2022** | **23:59** | **ANEXO DE PRORROGA** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **AGUDELO GONZALEZ, DUVAN HARLEY** | **CC: 1031.150.918** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO: |
|---|---|---|
| CR 17 NRO. 69 - 69 SUR | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 3142521758 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|
| | **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE** | **NIT: 860.061.099-1** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 63 NRO 47 - 06 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 6605400 |

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

**CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:**

EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No IDRD-CTO-0223-2021 CUYO OBJETO ES PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR TECNICO DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SECCIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSION.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL | SUMA ASEG/ANTERIOR |
|---|---|---|---|---|
| **CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO** | **01/10/2021** | **23/07/2022** | **$1,348,100.00** | **$1,348,100.00** |

### ACLARACIONES

EL PRESENTE ANEXO SE REALIZA SEGUN PRORROGA N. 1 DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS IDRD-CTO-0223-2021 DEL 11 DE NOVIEMBRE DE 20221 DONDE SE SOLICITA PRORROGAE POR 22 DIAS FECHA DE INICIO DE PRORROGA 26 DE ENERO DE 2022 FECHA TERMINACION 17 DE FEBRERO DE 2022.

LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN VIGENTES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *******8,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******3,040.00 | $ ***********19,040.00 | $ ********1,348,100.00 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| GRAN ALIANZA SOLUCIONES EN SEGUROS | 123374 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 17 NO 10-16 PISO 3 - TELEFONO: 3414646 - BOGOTA, D.C.***

17-44-101192897

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| **BOGOTA, D.C.** | **CORREDORES** | **17** | **17-44-101192897** | **1** |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **07** | **12** | **2021** | **01** | **10** | **2021** | **00:00** | **23** | **07** | **2022** | **23:59** | **ANEXO DE PRORROGA** |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **AGUDELO GONZALEZ, DUVAN HARLEY** | **CC: 1031.150.918** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO: |
|---|---|---|
| CR 17 NRO. 69 - 69 SUR | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 3142521758 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE** | **NIT: 860.061.099-1** |

| DIRECCIÓN: | CIUDAD: | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CALLE 63 NRO 47 - 06 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 6605400 |

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

**PAGINA WEB**

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red. · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · Su Red · Ca · Copidrogas

**Pagos con convenio *No aplica para transferencias**

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ *******8,000.00 | $ *******8,000.00 | $ *******3,040.00 | $ ************19,040.00 | $ ********1,348,100.00 | CONTADO |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. |
|---|---|---|
| GRAN ALIANZA SOLUCIONES EN SEGUROS | 123374 | 100.00 |

**DISTRIBUCION COASEGURO**

| NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 17 NO 10-16 PISO 3 - TELEFONO: 3414646 - BOGOTA, D.C.***

| FORMA DE PAGO | | |
|---|---|---|
| **BANCO** | **CHEQUE No.** | **VALOR** |
| | | |

| | |
|---|---|
| **EFECTIVO** | |
| **CHEQUE** | |
| **TOTAL $** | |

(415)7709998021167(8020)11003107949486(3900)000000019040(96)20221001

**REFERENCIA PAGO:**

**1100310794948-6**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CORREDORES | 17 | 17-44-101192897 | 1 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 12 | 2021 | 01 | 10 | 2021 | 00:00 | 23 | 07 | 2022 | 23:59 | ANEXO DE PRORROGA |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | AGUDELO GONZALEZ, DUVAN HARLEY | | **CC: 1031.150.918** |
| **DIRECCIÓN:** CR 17 NRO. 69 - 69 SUR | **CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | **TELÉFONO:** | 3142521758 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | | IDENTIFICACIÓN | |
|---|---|---|---|
| | INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE | | **NIT: 860.061.099-1** |
| **DIRECCIÓN:** CALLE 63 NRO 47 - 06 | **CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | **TELÉFONO:** | 6605400 |

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

**NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN**

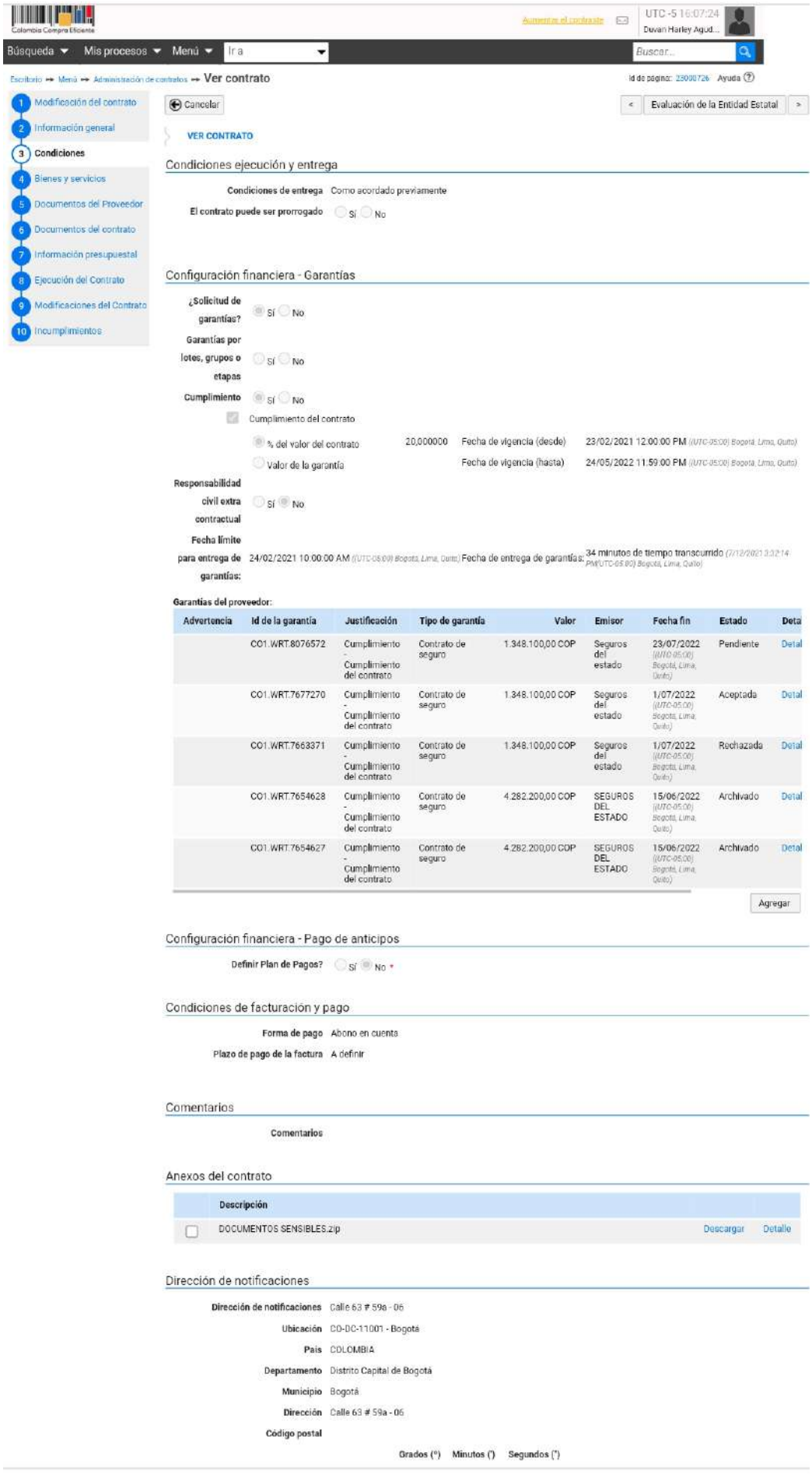
***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 17 NO 10-16 PISO 3 - TELEFONO: 3414646 - BOGOTA, D.C.***

17-44-101192897

**FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General**

**FIRMA TOMADOR**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ⇒ Menú ⇒ Administración de contratos ⇒ Ver contrato

Id de página: 23000726 Ayuda

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Condiciones ejecución y entrega

**Condiciones de entrega** Como acordado previamente

**El contrato puede ser prorrogado** ○ Sí ○ No

## Configuración financiera - Garantías

**¿Solicitud de garantías?** ◉ Sí ○ No

**Garantías por lotes, grupos o etapas** ○ Sí ○ No

**Cumplimiento** ◉ Sí ○ No

☑ Cumplimiento del contrato

◉ % del valor del contrato 20,000000 Fecha de vigencia (desde) 23/02/2021 12:00:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

○ Valor de la garantía Fecha de vigencia (hasta) 24/05/2022 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Responsabilidad civil extra contractual** ○ Sí ◉ No

**Fecha límite para entrega de garantías:** 24/02/2021 10:00:00 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Fecha de entrega de garantías: 34 minutos de tiempo transcurrido (7/12/2021 3:32:14 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Garantías del proveedor:**

| Advertencia | Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Deta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CO1.WRT.8076572 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 1.348.100,00 COP | Seguros del estado | 23/07/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Pendiente | Detal |
| | CO1.WRT.7677270 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 1.348.100,00 COP | Seguros del estado | 1/07/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Aceptada | Detal |
| | CO1.WRT.7663371 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 1.348.100,00 COP | Seguros del estado | 1/07/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Rechazada | Detal |
| | CO1.WRT.7654628 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 4.282.200,00 COP | SEGUROS DEL ESTADO | 15/06/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Archivado | Detal |
| | CO1.WRT.7654627 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 4.282.200,00 COP | SEGUROS DEL ESTADO | 15/06/2022 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Archivado | Detal |

Agregar

## Configuración financiera - Pago de anticipos

**Definir Plan de Pagos?** ○ Sí ◉ No *

## Condiciones de facturación y pago

**Forma de pago** Abono en cuenta

**Plazo de pago de la factura** A definir

## Comentarios

**Comentarios**

## Anexos del contrato

| | Descripción | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | DOCUMENTOS SENSIBLES.zip | Descargar | Detalle |

## Dirección de notificaciones

**Dirección de notificaciones** Calle 63 # 59a - 06

**Ubicación** CO-DC-11001 - Bogotá

**País** COLOMBIA

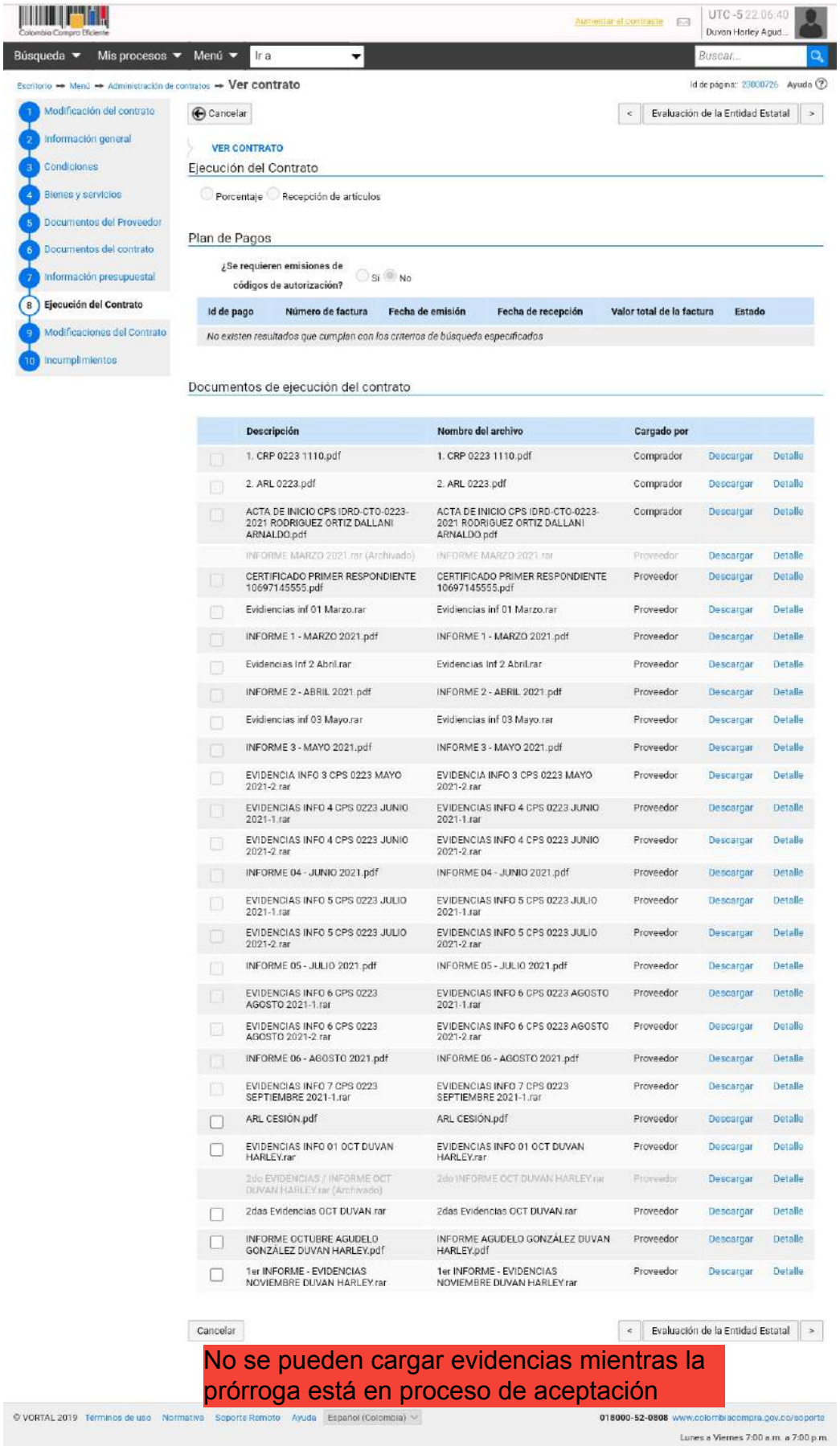
**Departamento** Distrito Capital de Bogotá

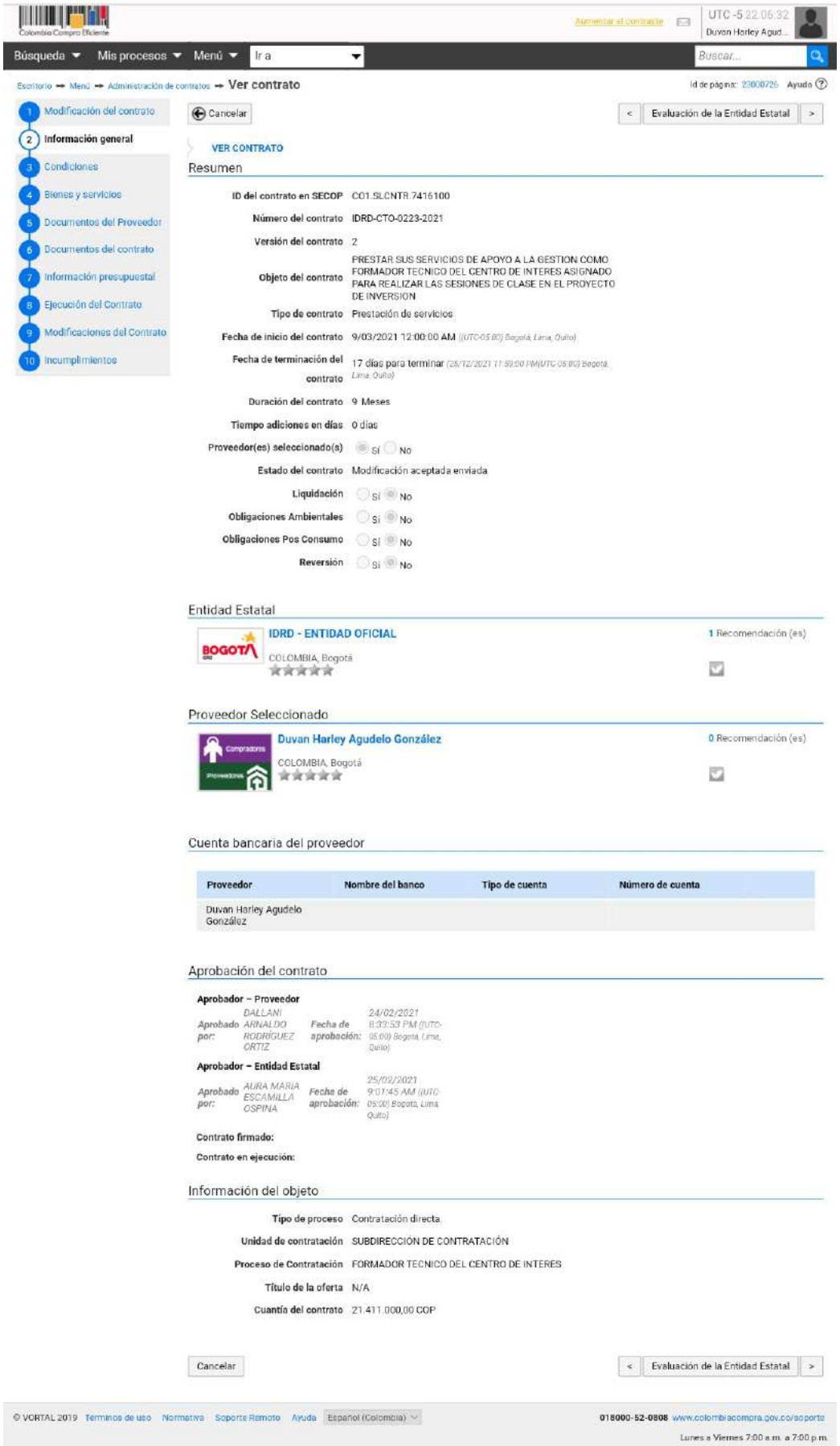
**Municipio** Bogotá

**Dirección** Calle 63 # 59a - 06

**Código postal**

Grados (°) Minutos (') Segundos (")


secop.gov.co/CO1Contra
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ Ver contrato
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos
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?
Si
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
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
1. CRP 0223 1110.pdf
2. ARL 0223.pdf
ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0223-2021 RODRIGUEZ ORTIZ DALLANI ARNALDO.pdf
INFORME MARZO 2021.rar (Archivado)
CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE 10697145555.pdf
Evidiencias inf 01 Marzo.rar
INFORME 1 - MARZO 2021.pdf
Evidencias Inf 2 Abril.rar
INFORME 2 - ABRIL 2021.pdf
Evidiencias inf 03 Mayo.rar
INFORME 3 - MAYO 2021.pdf
EVIDENCIA INFO 3 CPS 0223 MAYO 2021-2.rar
EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-1.rar
EVIDENCIAS INFO 4 CPS 0223 JUNIO 2021-2.rar
INFORME 04 - JUNIO 2021.pdf
EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-1.rar
EVIDENCIAS INFO 5 CPS 0223 JULIO 2021-2.rar
INFORME 05 - JULIO 2021.pdf
EVIDENCIAS INFO 6 CPS 0223 AGOSTO 2021-1.rar
EVIDENCIAS INFO 6 CPS 0223 AGOSTO 2021-2.rar
INFORME 06 - AGOSTO 2021.pdf
EVIDENCIAS INFO 7 CPS 0223 SEPTIEMBRE 2021-1.rar
ARL CESIÓN.pdf
EVIDENCIAS INFO 01 OCT DUVAN HARLEY.rar
2do EVIDENCIAS / INFORME OCT DUVAN HARLEY.rar (Archivado)
2das Evidencias OCT DUVAN.rar
INFORME OCTUBRE AGUDELO GONZÁLEZ DUVAN HARLEY.pdf
1er INFORME - EVIDENCIAS NOVIEMBRE DUVAN HARLEY.rar
Proveedor
Comprador
Descargar
Detalle
No se pueden cargar evidencias mientras la prórroga está en proceso de aceptación
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contracte | UTC -5 22:06:32 | Duvan Harley Agud...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda

1. Modificación del contrato
2. **Información general**
3. Condiciones
4. Bienes y servicios
5. Documentos del Proveedor
6. Documentos del contrato
7. Información presupuestal
8. Ejecución del Contrato
9. Modificaciones del Contrato
10. Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Resumen

| | |
|---|---|
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.7416100 |
| **Número del contrato** | IDRD-CTO-0223-2021 |
| **Versión del contrato** | 2 |
| **Objeto del contrato** | PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR TECNICO DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSION |
| **Tipo de contrato** | Prestación de servicios |
| **Fecha de inicio del contrato** | 9/03/2021 12:00:00 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Fecha de terminación del contrato** | 17 días para terminar *(28/12/2021 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Duración del contrato** | 9 Meses |
| **Tiempo adiciones en días** | 0 días |
| **Proveedor(es) seleccionado(s)** | (•) Si ( ) No |
| **Estado del contrato** | Modificación aceptada enviada |
| **Liquidación** | ( ) Si (•) No |
| **Obligaciones Ambientales** | ( ) Si (•) No |
| **Obligaciones Pos Consumo** | ( ) Si (•) No |
| **Reversión** | ( ) Si (•) No |

## Entidad Estatal

BOGOTÁ D.C. **IDRD - ENTIDAD OFICIAL** — 1 Recomendación (es)

COLOMBIA, Bogotá

## Proveedor Seleccionado

Compradores / Proveedores **Duvan Harley Agudelo González** — 0 Recomendación (es)

COLOMBIA, Bogotá

## Cuenta bancaria del proveedor

| Proveedor | Nombre del banco | Tipo de cuenta | Número de cuenta |
|---|---|---|---|
| Duvan Harley Agudelo González | | | |

## Aprobación del contrato

**Aprobador – Proveedor**

*Aprobado por:* DALLANI ARNALDO RODRÍGUEZ ORTIZ — *Fecha de aprobación:* 24/02/2021 8:33:53 PM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

**Aprobador – Entidad Estatal**

*Aprobado por:* AURA MARIA ESCAMILLA OSPINA — *Fecha de aprobación:* 25/02/2021 9:01:45 AM *(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

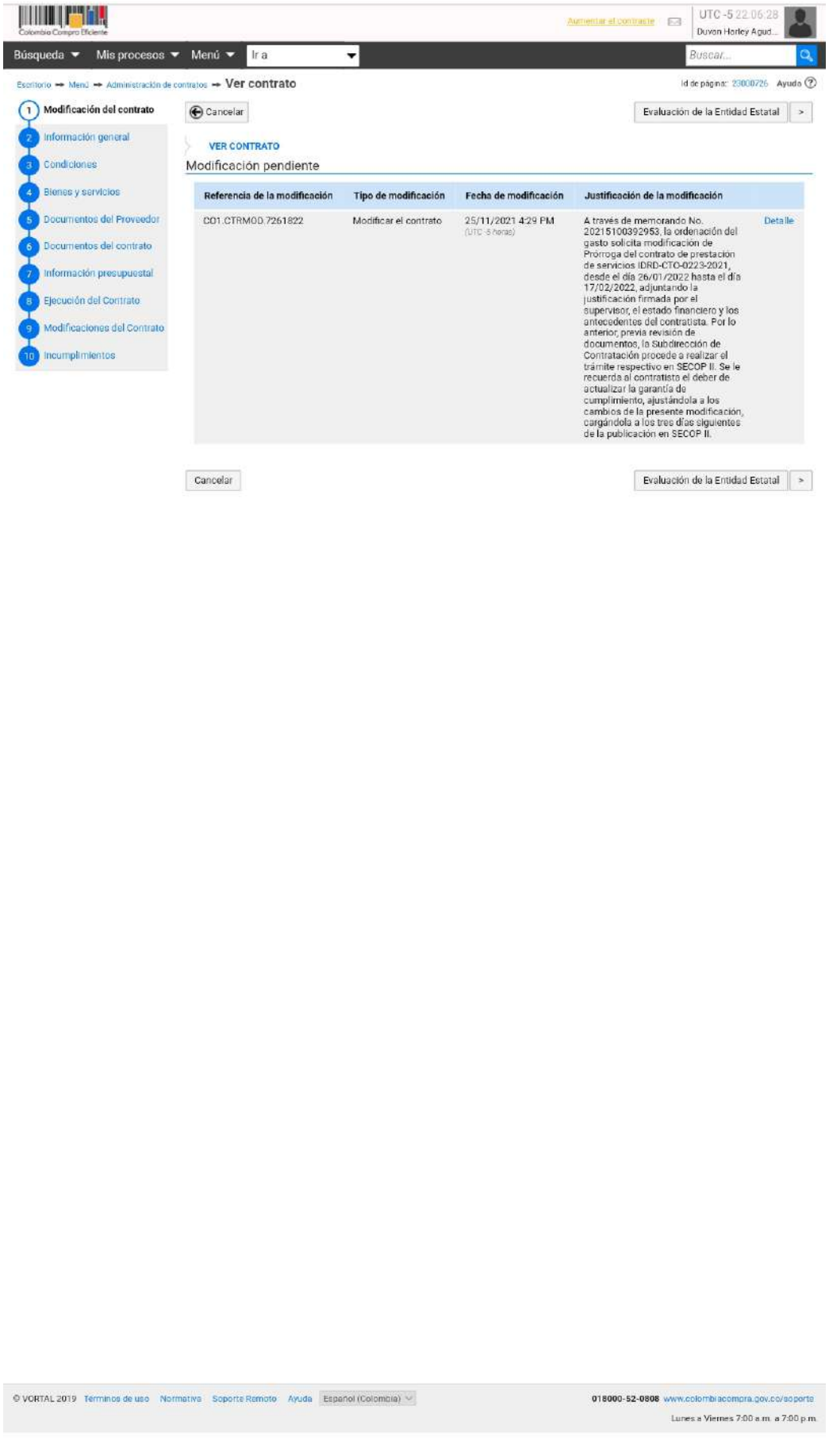
**Contrato firmado:**

**Contrato en ejecución:**

## Información del objeto

| | |
|---|---|
| **Tipo de proceso** | Contratación directa. |
| **Unidad de contratación** | SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN |
| **Proceso de Contratación** | FORMADOR TECNICO DEL CENTRO DE INTERES |
| **Título de la oferta** | N/A |
| **Cuantía del contrato** | 21.411.000,00 COP |

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 22:06:28
Duvan Harley Agud...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ Ver contrato
Id de página: 23000726
Ayuda
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Modificación pendiente
Referencia de la modificación
Tipo de modificación
Fecha de modificación
Justificación de la modificación
CO1.CTRMOD.7261822
Modificar el contrato
25/11/2021 4:29 PM
(UTC -5 horas)
A través de memorando No. 20215100392953, la ordenación del gasto solicita modificación de Prórroga del contrato de prestación de servicios IDRD-CTO-0223-2021, desde el día 26/01/2022 hasta el día 17/02/2022, adjuntando la justificación firmada por el supervisor, el estado financiero y los antecedentes del contratista. Por lo anterior, previa revisión de documentos, la Subdirección de Contratación procede a realizar el trámite respectivo en SECOP II. Se le recuerda al contratista el deber de actualizar la garantía de cumplimiento, ajustándola a los cambios de la presente modificación, cargándola a los tres días siguientes de la publicación en SECOP II.
Detalle
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.