ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

11 SET. 2018

MEMORANDO

Radicado IDRD No 20185100555773

Bogotá D.C, 07/09/2018

PARA: Martha Consuelo Andrade Muñoz
Subdirectora de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de AGOSTO Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2410 De 2018 : Expediente Virtual No. 2018800201102358E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales VASQUEZ INFANTE DIEGO ALEJANDRO. CPS No 2410 De 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

DIEGO GAONA ALFONSO
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: ( 13 ) FOLIOS - ( 1 ) CD
Elaboró: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC
Aprobó: – MANUELA MONCAYO Contratista Deportes TEC



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.09.11 16:01:00 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

| **INFORME No.** | 02 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **dd** | **Mm** | **aa** |
| | 25 | 08 | 2018 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| 002410 del 2018 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| 20188020110235 8E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Diego Alejandro Vásquez Infante | |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1.026.574.505 de Bogotá | |
| OBJETO DEL CONTRATO | Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en deporte de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario. | |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | El plazo de ejecución será de CUATRO (4) MESES Y SIETE (7) DÍAS, contados a partir de la suscripción del acta de iniciación, previa aprobación de la garantía única (en los casos que se requiera) y expedición del registro presupuestal. | |
| VALOR | NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA ($9,415,488) | |
| FECHA ACTA DE INICIO | 16 DE JULIO DE 2018 | |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN | 30 DE NOVIEMBRE DE 2018 | |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA | NA | |
| SUSPENSIONES | NA | |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | 26 DE JULIO AL 25 DE AGOSTO DE 2018 | |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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>Avance, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Presentar al Supervisor del Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato, una propuesta de Plan Formador para cada grupo asignado de estudiantes de acuerdo con el Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular entregada por el proyecto.</td><td>Se presentó el plan formador 2018 en los ciclos dos y tres, teniendo en cuenta la caracterización realizada al grupo poblacional y los diferentes lineamientos teóricos y metodológicos que rigen este deporte dentro del programa TEC (Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular)<br>Evidencia: Se encuentra en el SIM.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.</td><td>
<table>
<tr><th>IED</th><th>Grupo</th><th>Horarios</th><th>Fechas Planeadas</th><th>Fechas Ejecutadas</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Colegio San Cayetano</td><td>1</td><td>Martes y Jueves de 10 am a 12 m.</td><td>26 y 31 julio. 2, 9, 14, 16, 21 y 23 de Agosto.</td><td>26 y 31 julio. 2, 9, 14, 16, 21 y 23 de Agosto.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Miércoles y Viernes de 10 am a 12m</td><td>27 julio. 1, 3, 8, 10, 15, 17, 22 y 24 Agosto.</td><td>27 julio. 1, 3, 8, 10, 15, 17, 22 y 24 Agosto.</td></tr>
<tr><td>3</td><td>Martes y Jueves de 12:30 pm a 2:30 pm</td><td>26 y 31 julio. 2, 9, 14, 16, 21 y 23 de Agosto.</td><td>26 y 31 julio. 2, 9, 14, 16, 21 y 23 de Agosto.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Miércoles y Viernes de 12:30 pm a 2:30 pm</td><td>27 julio. 1, 3, 8, 10, 15, 17, 22 y 24 Agosto.</td><td>27 julio. 1, 3, 8, 10, 15, 17, 22 y 24 Agosto.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>



ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS. V-4

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

| | |
|---|---|
| | Se registraron en el SIM y ejecutaron 34 sesiones. La evidencia se adjunta en el CD.<br><br>En el periodo comprendido a este informe se validan 4 sesiones por reunión. La evidencia se adjunta en el CD. |
| Obligación No. 6: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones músculo-esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes. | Los antecedentes médicos de los estudiantes se solicitaron junto a la autorización de cada padre, hasta el momento no ha sido registrado ningún caso especial. |
| Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS. | La copia del carnet de la EPS, documento de identidad y autorización de los padres se recogieron y se encuentran en IED. |
| Obligación No. 8: Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional. | El día 23 de agosto de 2018 en la sesión de la tarde con el grupo 3, se realizó la actividad de cometas concerniente al mes de agosto y a petición de los estudiantes, al finalizar al estudiante Jeison Escobar se le encuentra un cuchillo en la maleta, al ocurrir esto se informa a la docente enlace Isabel Rodriguez, afortunadamente al revisar los testimonios tanto del estudiante como de sus acudientes se llega a la conclusión que el estudiante llevo este instrumento para cortar la cola de la cometa. Lamentablemente durante este mismo embrollo se refunde el celular del estudiante Nicolas Madrigal y el estudiante Juan David Parra amenaza a un estudiante de taekwondo, al siguiente día se citan a estos dos estudiantes y se realiza la debida aclaración de la situación y su respectivo seguimiento en el observador de cada uno de ellos. Se adjunta registro fotográfico de los observadores (cd obligación 8) |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

<table>
<tr>
<td>Obligación No. 9: Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.</td>
<td>Se asistió a las actividades programadas a nivel técnico, operativo y administrativo programadas por el IDRD y por el coordinador territorial.<br><br>En el periodo comprendido a este informe se validan 4 sesiones por reunión.
<table>
<tr><th>IED</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th><th>Temas</th><th>Valida</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Colegio San Cayetano</td><td>30 de Julio 2018</td><td>Parque Recreo deportivo Distrital</td><td>Seguimiento Institucional</td><td>2 Sesiones</td></tr>
<tr><td>14 de Agosto 2018</td><td>Biblioteca Virgilio Barco</td><td>Seguimiento institucional – Aplicación test físicos</td><td>2 Sesiones</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.</td>
<td>El estudiante ERICK JEANPOOL SERRANO HERNANDEZ nacido en el año 2005 cuenta con aspectos técnicos, tácticos y físicos que lo hacen sobresalir sobre los demás, por ello se postula para ser parte de los semilleros.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 11: Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente ó curso de primeros auxilios ó curso de alturas ó salvamento acuático dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según la normatividad vigente.</td>
<td>El certificado de primer respondiente fue entregad. Igualmente el certificado de primer respondiente se entregó en físico al coordinador territorial el día 16 de febrero.<br><br>El curso de primer respondiente se realizó en el instituto Santafé de Bogotá (Maltés centro de capacitación). El día 16 de septiembre de 2017 con una intensidad de 20 horas. Dicho curso tiene vigencia por dos años hasta el 16 de septiembre de 2019. Se adjunta en el CD Obligación 11.</td>
</tr>
</table>

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

<table>
<tr>
<td>Obligación No. 12: Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.</td>
<td>Se es garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 13: Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato</td>
<td>Se inscriben los siguientes estudiantes en Supérate Inter colegiados.<br><br>Supérate Intercolegiados<br>Datos deportistas fase Intramural o Intercursos
<table>
<tr><th>Número de documento</th><th>Primer nombre</th><th>Segundo nombre</th><th>Primer apellido</th><th>Segundo apellido</th></tr>
<tr><td>1028660261</td><td>RONALD</td><td>STIVEN</td><td>CALDERON</td><td>VIDAL</td></tr>
<tr><td>1034280991</td><td>DIEGO</td><td>ALEJANDRO</td><td>ARGUELLO</td><td>MARTINEZ</td></tr>
<tr><td>1031540287</td><td>RONAL</td><td>STEVEN</td><td>GAITAN</td><td>RUBIO</td></tr>
<tr><td>1032361313</td><td>LUIS</td><td>DAVID</td><td>BUSTOS</td><td>RAMOS</td></tr>
<tr><td>1028780844</td><td>MAYCOL</td><td>ESTIVEN</td><td>PAREDES</td><td>REY</td></tr>
<tr><td>1023866584</td><td>HAROLD</td><td>ESTEBAN</td><td>DAZA</td><td>RICO</td></tr>
<tr><td>1032380213</td><td>ERICK</td><td>JEANPOOL</td><td>SERRANO</td><td>HERNANDEZ</td></tr>
<tr><td>1023860136</td><td>JEFERSON</td><td></td><td>PRIETO</td><td>CHAVEZ</td></tr>
<tr><td>1023863519</td><td>JUAN</td><td>DAVID</td><td>PARRA</td><td>ROJAS</td></tr>
</table>
Diego Fernando Gaona Alfonso<br>N° de Identificación: 1.015.394.630<br>Cargo: Gestor IED<br>Supervisor de contrato</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 14: Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.</td>
<td>Se da cumplimiento al acuerdo de confidencialidad de la entidad y el sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">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.</td>
</tr>
</table>

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

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

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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 | $ 112.500 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PROTECCIÓN | $ 144.000 |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | POSITIVA | $ 9.400 |
| | TOTAL | $ 265.900 |

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

Diego Alejandro Vásquez
C.C.: 1.026.574.505

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

El formador cumple con las obligaciones asignadas

Diego G.

VoBo Supervisor del contrato
Diego Fernando Gaona Alfonso
N° de Identificación: 1.015.394.630
Cargo: Gestor IED
Supervisor de contrato

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 esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

**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. | | | | 002410 de 2018 | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ INFANTE | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | X | CE | | 1.026.574.505 | | |
| 4 | Régimen del impuesto a las ventas | Simplificado | X | | Común | | | |
| 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 | | | |
| 7 | Declaración de ingresos | | | | | | | |
| | c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | SI | | NO | X | | | |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | 112.500 | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | 144.000 | | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | 9.400 | 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 (2017). 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 (2017). Anexo | 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 (2018) $8,620,560. (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 (2018) $8,620,560. (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 25 MM 8 AA 2018

FIRMA

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 | 1026574505 | DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ INFANTE | | CALLE 27 B 1 - 49 SUR | 2060647 | dialevasquez@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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 8 | 2018 | 8 | 2018 | I | 14/08/2018 | 29502606 | $255.800 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 105.000 | 0 | | 0 | | 0 | 12 | 1.000 | 0 | 106.000 | 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 | 134.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1.300 | 0 | 135.700 | 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 | 8.800 | | | | 8.800 | 12 | 100 | 8.900 | | | 88 | 8.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 5.100 | 12 | 100 | 5.200 | 1 |

**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 | 105.000 | 106.000 |
| Pensión | 1 | 134.400 | 135.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.800 | 8.900 |
| CCF | 1 | 5.100 | 5.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 253.300 | 255.800 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1026574505 | DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ INFANTE | | CALLE 27 B 1 - 49 SUR | 2060647 | dialevasquez@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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 8 | 2018 | 8 | 2018 | I | 14/08/2018 | 29502606 | $255.800 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 105.000 | 0 | | 0 | | 0 | 12 | 1.000 | 0 | 106.000 | 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 | 134.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1.300 | 0 | 135.700 | 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 | 8.800 | | | | 8.800 | 12 | 100 | 8.900 | | | 88 | 8.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 5.100 | 12 | 100 | 5.200 | 1 |

| 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 | 105.000 | 106.000 |
| Pensión | 1 | 134.400 | 135.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 8.800 | 8.900 |
| CCF | 1 | 5.100 | 5.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 253.300 | 255.800 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

10

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 | 1026574505 | DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ INFANTE | CALLE 27 B 1 - 49 SUR | 2060647 | dialevasquez@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 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO COTIZACIÓN | | | | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | TOTAL A PAGAR |
| SALUD | | DIFERENTE A SALUD | | | | | |
| MES | AÑO | MES | AÑO | | | | |
| 8 | 2018 | 8 | 2018 | I | 14/08/2018 | 29502606 | $255.800 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Auxiliar | Extranjero | Cotiza. exterior | Estudiante | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 1026574505 | VASQUEZ INFANTE DIEGO ALEJANDRO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 840.000 | 134.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 840.000 | 105.000 | 14-23 | 840.000 | 2 | 8.800 | CCF24 | 840.000 | 5.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# 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 | 1026574505 |
| NOMBRES | DIEGO ALEJANDRO |
| APELLIDOS | VASQUEZ INFANTE |
| 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 | COMPENSAR E.P.S. | CONTRIBUTIVO | 01/03/2013 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 08/14/2018 07:05:12 | Estación de origen: | 181.132.46.166 |
|---|---|---|---|

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



11

Instituto Santafé de Bogotá

# EL INSTITUTO SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Resolución No. 12-0282 30 de Diciembre de 2010
Secretaria de Educación de Bogotá

MALTÈ
CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIO

En su función del programa prehospitalario y
dando cumplimiento a la norma 2003 del 15 de mayo de 2015

CERTIFICA QUE:

## DIEGO ALEJANDRO VASQUEZ INFANTE

C.C 1.026.574.505 DE BOGOTA

Cursò y aprobò satisfactoriamente cumpliendo con los objetivos del curso de:

# PRIMER RESPONDIENTE

Con una intensidad de 20 horas realizado el dia 16 de Septiembre de 2017
n la ciudad de Bogotá con Res. de aprobación No. 5362 del 28 de Diciembre de 20

JORGE ISAAC ALVAREZ
Instructor nivel II

Tatiana Martinez.
TATIANA MARTINEZ
Coordinadora Maltès

Dra. YOLANDA DELGADO GIRALDO
Directora
Instituto Santafé de Bogotá