



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

## MEMORANDO

13 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100744923



Bogotá D.C, 29/11/2018

PARA: Jhair Fernando Orrego Pereira.  
Subdirector de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de NOVIEMBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2636 -2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102474E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales PINZON PINZON ROCIO ANGELICA. CPS No 2636 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

HUMBERTO PÉÑUELA CASTIBLANCO  
PROFESIONAL GESTOR IED.

Anexo: (16 ) FOLIOS (1) CD  
Elaboró: GERMAN PRIETO- Contratista TEC – Deportes

Calle 63 No. 59A -06  
Tel: 660 54 00  
www.idrd.gov.co  
Info: Línea 195  
Código Postal: 111221



**BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS**



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE  
Fecha de firmado: 2018.12.13 14:18:52 COT  
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

## 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.**

|                          |           |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>INFORME No.</b>       | <b>5</b>  |           |           |
| <b>FECHA DEL INFORME</b> | <b>dd</b> | <b>mm</b> | <b>aa</b> |
|                          | 30        | 11        | 2018      |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>     |
| <b>2636 DEL 13 DE JULIO DE 2018</b> |
| <b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>   |
| <b>2018800201102474E</b>            |

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Instrucciones                                                                |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>                     | <b>ROCÍO ANGÉLICA PINZÓN PINZÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  | Registre nombre y apellidos completos                                        |
| <b>N° DE IDENTIFICACIÓN</b>                       | <b>52.714.365 Btá</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | Registre el número de identificación                                         |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO</b>                        | <b>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</b> | Registre el objeto del contrato                                              |
| <b>PLAZO DE EJECUCIÓN</b>                         | <b>CUATRO (4) MESES Y SIETE (7) DIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                             | Registre el plazo total de ejecución en letras y números                     |
| <b>VALOR</b>                                      | <b>Nueve millones cuatrocientos quince mil cuatrocientos ochenta y ocho mil pesos (9.415.488)</b>                                                                                                                                                                                                    | Registre el valor total del contrato                                         |
| <b>FECHA ACTA DE INICIO</b>                       | <b>16 DE JULIO DE 2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           | Registre la fecha de inicio del acta                                         |
| <b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN</b>              | <b>30 DE NOVIEMBRE DE 2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       | Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito            |
| <b>ADICIÓN Y/O PRÓRROGA</b> (solo cuando aplique) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga                             |
| <b>SUSPENSIONES</b> (solo cuando aplique)         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| <b>PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME</b>     | <b>26 DE OCTUBRE AL 30 NOVIEMBRE DE 2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                         | 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 periodo para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

| Obligaciones específicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Avance, evidencias y ubicación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | <b>AVANCE:</b> Se presentó propuesta con ajustes para el segundo semestre del año en informe #1 del presente contrato.<br><b>EVIDENCIA:</b> Se presentó propuesta inicial de Plan formador el 21 de Febrero y en Agosto los ajustes del 2do semestre de 2018 en las fechas establecidas así como con los lineamientos requeridos por el programa.<br><b>Ubicación:</b> CD adjunto al informe Carpeta OBLIGACION 1 y plataforma SIM |
| 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)                                                                                                              | <b>Avance:</b> Por solicitud de la IED y en acuerdo con IDRD cada grupo se atiende por sesión con intensidad de 4 horas por sesión. Que se describe a continuación.                                                                                                                                                                                                                                                                |



## 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.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                             |                             |                              |              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| 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. | <b>GRUPO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              | <b>CURSO</b>                | <b>HORARIO</b>              | <b>FECHAS</b>                |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | 801 JT                      | Miércoles 7-9 y 9:15 -11 am | Octubre 24<br>Noviembre 7    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | 801 JM                      | Miércoles 1-3 y 3:15 a 5 pm | Octubre 24<br>Noviembre 7    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | 802 JT                      | Viernes 7-9 y 9:15 -11 am   | Octubre 26-<br>Nov 2-9-16    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              | 802 JM                      | Miércoles 1-3 y 3:15 a 5 pm | Octubre 26-<br>Nov 2-9-15-16 |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>TOTAL, SESIONES 25 + 7 Reuniones TOTAL: 32</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Evidencia:</b> Las sesiones relacionadas en este informe se ejecutaron y desarrollaron según las orientaciones técnicas y Pedagógicas establecidos por el programa TEC.                                                                                                                                                         |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ubicación:</b> CD adjunto a este informe en la carpeta OBLIGACION 2 - 4 y 5 y en plataforma SIM en link Actividades en cada grupo atendido.                                                                                                                                                                                     |              |                             |                             |                              |              |              |
| Obligación No. 3: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Evidencia:</b> Se solicitó y recibió a satisfacción Usuario y contraseña en el SIM como ROCIO.PINZON, brindando cumplimiento a esta obligación                                                                                                                                                                                  |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ubicación:</b> Imagen anexa en CD adjunto Carpeta OBLIGACION 3.                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                             |                             |                              |              |              |
| Obligación No. 4: Realizar la inscripción, y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto.                                                                                                                                                                                                     | <b>Avance:</b> Se registró asistencia de cada grupo en los tiempos establecidos para tal fin y de las sesiones relacionadas en este informe.                                                                                                                                                                                       |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>GRUPO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>FECHA</b> | <b>ASIST</b>                | <b>FECHA</b>                | <b>ASIST</b>                 | <b>FECHA</b> | <b>ASIST</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oct 24       | 12                          | Nov 7                       | 11                           | =            | //           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oct 24       | 14                          | Nov 7                       | 12                           | =            | //           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oct 26       | 13                          | Nov 2                       | 9                            | Nov 9        | 9            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nov 16       | 16                          | =                           | //                           | =            | //           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Oct 26       | 13                          | Nov 2                       | 15                           | Nov 9        | 16           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nov 15       | 18                          | Nov 16                      | 18                           | =            | //           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Evidencia:</b> Se adjunta PDF de sesiones y asistencia de cada Grupo, relacionado en el cuadro anterior.                                                                                                                                                                                                                        |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ubicación:</b> CD Adjunto a este informe en Carpeta OBLIGACIÓN 2-4 y 5. De igual manera Plataforma SIM .                                                                                                                                                                                                                        |              |                             |                             |                              |              |              |
| Obligación No. 5: Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Avance:</b> En el cuadro se relaciona cada una de las planeaciones programadas por grupo, fechas y horarios.                                                                                                                                                                                                                    |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>GRUPO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>CURSO</b> | <b>HORARIO</b>              |                             | <b>FECHAS</b>                |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 801 JT       | Miércoles 7-9 y 9:15 -11 am |                             | Octubre 24<br>Noviembre 7    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 801 JM       | Miércoles 1-3 y 3:15 a 5 pm |                             | Octubre 24<br>Noviembre 7    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 802 JT       | Viernes 7-9 y 9:15 -11 am   |                             | Octubre 26-<br>Nov 2-9-16    |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>VOLEIBOL 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 802 JM       | Viernes 1-3 y 3:15 a 5 pm   |                             | Octubre 26-<br>Nov 2-9-15-16 |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Evidencia:</b> Se planearon y ejecutaron las sesiones relacionadas de acuerdo a las fechas establecidas en esta obligación en la plataforma sistema misional SIM.                                                                                                                                                               |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ubicación:</b> CD Carpeta OBLIGACION 2-4 y 5 y sistema misional SIM.                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                             |                             |                              |              |              |
| 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.                                                                                                                                                                                                | <b>Avances:</b> Se solicitó antecedentes de salud de los estudiantes a los docentes enlaces, para hacer una revisión de carpetas.                                                                                                                                                                                                  |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se solicitó a los estudiantes que presenten de manera certificada de alguna condición específica de salud.                                                                                                                                                                                                                         |              |                             |                             |                              |              |              |
| Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Avances:</b> Se realizó verificación de cada estudiante asignado en la plataforma "Comprobador de derechos" para identificar la EPS a la que se encuentran afiliados y se realiza listado por grupo. Se solicita carné o fotocopia de EPS a docentes enlaces y acompañantes, así como a los estudiantes allegar este documento. |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Evidencia:</b> Se anexa Imagen de plataforma consultada y Listado de cada grupo con EPS de cada niño asignado, según el registro encontrado.                                                                                                                                                                                    |              |                             |                             |                              |              |              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Ubicación:</b> CD Adjunto en Carpeta OBLIGACION 7                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                             |                             |                              |              |              |

## 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.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Obligación No. 8:</b> 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. 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.</p> | <p><b>Avance:</b> En este periodo de actividades se presentó un incidente el 2 Nov con la Michell Alexandra Rojas Murcia que golpea en el labio contra uno de los letreros del parque; se realizó el protocolo establecido y el caso se comunicó en el reporte y diario de cada una de las sesiones al inicio y finalización de las mismas vía WhatsApp al Gestor Zonal (Nelson González). Se cuenta con la mejor disposición y se seguirá el protocolo establecido, así como la atención de Primer respondiente en caso de ser necesario.</p> <p><b>Evidencia:</b> Certificado de primer respondiente</p> <p><b>Ubicación:</b> CD en Carpeta OBLIGACIÓN 8 Y 11</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>Obligación No. 9:</b> Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, pedagógico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>Avances:</b> Se asistió a las sesiones de reunión Pedagógicas u Operativas a las que he sido convocada y se describen a continuación.</p> <p><b>Evidencia:</b> Actas de Reunión.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Octubre 29.</b> (Horario 8 am- 1 pm) Reunión Operativa convocada por Gestor zonal Nelson González<br/>Lugar: IED Villas del Progreso<br/>TEMAS: Cronograma de actividades de cierre<br/>Planeación fecha de muestra Deportiva<br/>Proyección de notas</li> <li><b>2. Noviembre 8.</b> (Horario 8 am -12 m) Reunión Operativa convocada por Gestor zonal Nelson González<br/>Lugar: Parque Timiza.<br/>TEMAS: Realización de Taller Acciones Pedagógicas actuales<br/>Taller de Lineamientos pedagógicos TEC.</li> <li><b>3. Noviembre 13.</b> (Horario 8 am- 2 pm) Reunión Técnico Operativa convocada por Gestor zonal Nelson González<br/>Lugar: IED Villas del Progreso<br/>TEMAS: Evaluación gestión de Formadores, Proceso de Armonización, Plan de cobertura, SIM lineamientos, Obligaciones contractuales, Sesiones y reuniones.</li> <li><b>4. Noviembre 14.</b> (Horario 8 am-12 m) Reunión Operativa convocada por Gestor zonal Nelson González<br/>Lugar: IED Villas del Progreso<br/>TEMAS: Evaluación y notas de cada formador<br/>Proceso de muestras deportivas para el 16 (organización y asignación de compromisos para este evento)</li> </ol> <p><b>Ubicación:</b> CD adjunto en la carpeta de la OBLIGACION 9</p> |
| <p><b>Obligación No. 10:</b> 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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p><b>Avances:</b> Se relacionó al niño Mateo Muñoz de 801 JT comunicando al Gestor IED para el direccionamiento de posibles semilleros ya que él se destaca por su habilidad motriz y destreza para posible proyección en los semilleros deportivos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>Obligación No. 11:</b> 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.</p>                                                                                                                                                                                             | <p><b>Avance:</b> Se realizó entrega de certificación de 1er Respondiente a solicitud del gestor Documental anexo a los pagos de Informe # 1</p> <p><b>Evidencia:</b> Se brindó cumplimiento a esta obligación el día 18 de Julio de 2018 y se adjunta imagen de certificación.</p> <p><b>Ubicación:</b> En CD, Carpeta OBLIGACION 8 y 11</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Obligación No. 12:</b> 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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p><b>Avances:</b> Se toman las acciones necesarias para ser garante según lo contempla la ley 1098 y el manual de convivencia del colegio para brindar cumplimiento esta obligación.</p> <p><b>Evidencia:</b> Se cumple con ser Garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a cargo en el momento que me son asignados y se encuentran bajo mi custodia. Documento Componente Social en procedimientos y rutas de atención según el caso.</p> <p><b>Ubicación:</b> CD Carpeta OBLIGACION #12</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.                                                                                                                                                                                                                 | esta obligación con las actividades o tareas asignadas para estricto cumplimiento del objeto contractual.                                                                 |
| Obligación No. 14: Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.                                                                                                                                                                                                                                                | Avances: Me encuentro en disposición y cumplimiento de confidencialidad requerida, así como de la seguridad de la información SGSI. Como se establece en esta obligación. |
| 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 periodo 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         | COMPENSAR      | \$99.200            |
| PAGO APORTES PENSIÓN       | PORVENIR       | \$1126.900          |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | POSITIVA       | \$8.300             |
|                            | TOTAL          | \$250.300           |

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

Nov

Rovio P.  
Firma Contratista

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

La formadora cumple con la ejecución de sesiones.  
según el contrato.

Humberto Peñuela Castiblanco  
VoBo Supervisor del contrato  
Nombre: Humberto Peñuela Castiblanco  
N° de Identificación: 80.368.375  
Cargo: Profesional Gestor IED

Señores:  
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE  
Ciudad.

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**  
(Artículos 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.

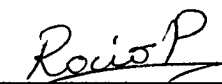
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                 |            |                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 1  | Contrato No.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2636 de 2018                 |                                                                                 |            |                |
| 2  | Nombre del Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                              | ROCIO ANGÉLICA PINZÓN PINZÓN |                                                                                 |            |                |
| 3  | Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CC                           | X                                                                               | CE         | 52.714.365 Btá |
| 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 realización 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                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                                                 |            |                |
| 7  | 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 \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 99.200,00                    | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$                                   | 126.900,00 |                |
|    | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 8.300,00                     | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención 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 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 30 MM 11 AA 2018

  
FIRMA

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |               |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                   |               |                          | EMPLADOS      | UPC       |
|                      |                                   |               |                          | 1             | 0         |
|                      |                                   |               |                          | TOTAL A PAGAR |           |
| 2018-11              | 2018-11                           | I             | 15/11/2018               | 31213284      | \$246.800 |

| TOTALES SALUD |               |              |                        |
|---------------|---------------|--------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT          | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 8600663942-7 | 97.700                 |

| Código EPS | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Cotización | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|--------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                          |                   |               |               |
| EPS008     | Compensar EPS | 860066942-7 | 97.700                 | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                        | 0                 | 97.700        | 1             |

| TOTALES PENSIÓN           |                  |                  |                        |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------------|
| Código AFP                | Nombre           | NIT              | Cotización Obligatoria |
| 230301                    | Poyentiri        | 800224808-8      | 125.000                |
| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |                  |                        |
| Código ARL                | Nombre           | NIT              | Cotización Obligatoria |
| 14-23                     | Positive Seguros | 860011153-8      | 8.200                  |
|                           |                  | Incapacidades    |                        |
|                           |                  | No. Autorización | Valor                  |

| Código AFP | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Substancia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301     | Porvenir | 800224808-8 | 125.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                       | 0         | 0                     |                | 125.000       | 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 | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                   |               |               |
| 14-23                     | Positivo Seguros | 880011153-8 | 8.200                  |                  |       |                        | 8.200                 | 0         | 0                     | 8.200               |                            | 82                | 8.200         | 1             |

| TOTALES CAJAS |                |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|----------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Código CCF    | Nombre         | N      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CCF24         | Compensar Caja | 860000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |   | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| SENA                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |
| MEN                  |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora |
| Salud                  | 1                              | 97.700                              |
| Pensión                | 1                              | 125.000                             |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 8.200                               |
| COP                    | 1                              | 15.700                              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   |
| MEN                    | 0                              | 0                                   |
| SENA                   | 0                              | 0                                   |
| TOTALES                | 4                              | 246.600                             |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |                 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                      |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|-------------------------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO                            | CORREO               |
| CC                  | 52714365          | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON | CL 12 A 71 C 61 | 3123024618                          | rociopinzen@yahoo.es |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE             | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD/MUNICIPIO     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                              |                 | BOGOTÁ D. C.                        | BOGOTÁ D. C.         |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |               |           |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD      |           |
|                      |                                    |               |                           | EMPLEADOS     | UPC       |
|                      |                                    |               |                           | 1             | 0         |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           | TOTAL A PAGAR |           |
| 2018-11              | 2018-11                            | I             | 15/11/2018                | 31213284      | \$246.600 |

[illegible]

# DATA

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                    |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|--------------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | UIC |
| 31213284             | 15/11/2018                        |               |                          |                 | 1                  | 0   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR      |     |
| 2018-11              | 2018-11                           | N             | 16/11/2018               | 31234759        | \$ 3.700           |     |

| TOTALES SALUD |               |             |                          |               |                 |                     |                 |                |               |              |   |
|---------------|---------------|-------------|--------------------------|---------------|-----------------|---------------------|-----------------|----------------|---------------|--------------|---|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Contratación Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades   | Licencia Maternidad | Días Mora       | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No Afiliados |   |
|               |               |             |                          |               | No Autorización | Valor               | No Autorización | Valor          |               |              |   |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 1.500                    | 0             | 0               | / 0                 | 0               | 0              | 0             | 1.500        | 1 |

| TOTALES PENSION           |                  |             |                          |                             |                              |                         |                       |                     |                              |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código AFP                | Nombre           | MIT         | Colaboración Obligatoria | Aportes Voluntario Afiliado | Aportes Voluntario Aportante | Aportes FSP Solidaridad | Aportes FSP Subsidio  | Días Mora           | Valor Mora Colaboración      | Valor Mora FSP      | Total a Pagar     | No. Afiliados |               |
| 230301                    | Perenir          | 780022408-8 | 1.900                    | 0                           | 0                            | 0                       | 0                     | 0                   | 0                            | 0                   | 1.900             | 1             |               |
| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                          |                             |                              |                         |                       |                     |                              |                     |                   |               |               |
| Código ART                | Nombre           | MIT         | Cotización Obligatoria   | Aportes Otros Sistemas      | Valor Neto Cotización        | Días Mora               | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Ratificado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 14-23                     | Positivo-Seguros | 80001153-6  | 100                      |                             | 100                          | 0                       | 0                     | 100                 |                              |                     | 1                 | 100           | 1             |
| TOTALES CAJAS             |                  |             |                          |                             |                              |                         |                       |                     |                              |                     |                   |               |               |
| Código CCF                | Nombre           |             |                          |                             |                              |                         |                       |                     |                              |                     |                   |               |               |
| CCF24                     | Compensar Caja   |             |                          |                             |                              |                         |                       |                     |                              |                     |                   |               |               |
|                           |                  |             |                          |                             |                              |                         | MIT                   | Valor Aporte        | Días Mora                    | Valor Mora Aporte   | Total a Pagar     | No. Afiliados |               |
|                           |                  |             |                          |                             |                              |                         | 860066942-7           | 200                 | 0                            | 0                   | 200               | 1             |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                    |               |   | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|--------------------|---------------|---|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora A porte | Total a Pagar |   |               |
| 0                    | 0         | 0                  | 0             | 0 | 10            |
| SENA                 |           |                    |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                  | 0             | 0 | 0             |
| CBF                  |           |                    |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                  | 0             | 0 | 0             |
| ESAP                 |           |                    |               |   |               |
|                      |           |                    |               |   |               |
| MEN                  |           |                    |               |   |               |
|                      |           |                    |               |   |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Tipo Administrador     | No. Administradores Reportados | Valor por el ISE LIMA (RP) Por hora |
| Salud                  | 1                              | 1,500                               |
| Penal                  | 1                              | 1,900                               |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 100                                 |
| CCF                    | 1                              | 200                                 |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   |
| MEN                    | 0                              | 0                                   |
| SENA                   | 0                              | 0                                   |
| TOTALES                | 0                              | 3,700                               |
|                        |                                | 3,700                               |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |                 |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN       |
| CC                  | 52714385          | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON | CL 12 A 71 C 61 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO          |
| ÚNICA               | 1 - 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) |
| 31213284             | 15/11/2018                        |               |                          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |
| 2018-11              | 2018-11                           | N             | 16/11/2018               |
|                      |                                   |               | 31234759                 |
|                      |                                   |               | \$3.700                  |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |                       |         |            |                    |            |    |    |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |                   |    |    |    |     |              |    |  |  |  |  |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------|------------|--------------------|------------|----|----|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-------------------|----|----|----|-----|--------------|----|--|--|--|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |            |                    |            |    |    |    |    |    | PENSIÓN |    |    |    | SALUD |    |    |    | RIESGOS LABORALES |    |    |    | CCF | PARAFISCALES |    |  |  |  |  |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres          | Cuenta                | Subtipo | Extranjero | Cotizar extranjero | Disminuido | NO | SI | NO | SI | NO | SI      | NO | SI | NO | SI    | NO | SI | NO | NO                | SI | NO | SI | NO  | SI           | NO |  |  |  |  |
| 1                     | CC   | 52714385              | PINZON PINZON ROCIO ANGELICA | 59                    | 0       | 14         |                    |            |    |    |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |                   |    |    |    |     |              |    |  |  |  |  |

PAAGADA

Señores:  
**INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE**  
 Ciudad.

**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO**  
 (Artículos 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.

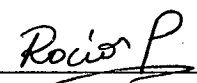
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                 |            |                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 1  | Contrato No.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2636 de 2018                 |                                                                                 |            |                |
| 2  | Nombre del Contratista                                                                                                                                                                                                                                                                              | ROCIO ANGÉLICA PINZÓN PINZÓN |                                                                                 |            |                |
| 3  | Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CC                           | X                                                                               | CE         | 52.714.365 Btá |
| 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 realización 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 \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 105.400,00                   | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$                                   | 134.800,00 |                |
|    | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$                                                                                                                                                                                                                                                         | 8.800,00                     | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención 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.                                                                                                                                                                                                                                                    | SI                           |                                                                                 | NO         | X              |
|    | 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)                                                                                                                                                                                              | SI                           |                                                                                 | NO         | X              |
|    | 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 10 AA 2018

  
 FIRMA

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                              |        |                 |                    |                      | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
|-----------------------|--------------------|------------------------------|--------|-----------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN       | TELÉFONO           | CORREO               |                                           |
| CC                    | 92714365           | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON |        | CL 12 A 71 C 61 | 3123024618         | rociopinzon@yahoo.es |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>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) | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |               |     |
| PERIODO SALUD        |                                   |               |                          | 1             | 0   |
| 2018-10              | 2018-10                           | I             | 15/11/2018               | TOTAL A PAGAR |     |
|                      |                                   |               |                          | \$258.200     |     |

**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 | 102.300                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 102.300       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |         |             |                        |                            |                             |                          |                         |           |                       |                |               |               |  |
|-----------------|---------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP      | Nombre  | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Substancia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
| 230301          | Peyenif | 800224808-8 | 130.900                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                       | 0         | 0                     |                | 130.900       | 1             |  |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |            |           |                     |            |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|------------|-----------|---------------------|------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto | Días Mora | Valor Saldo a Favor |            | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |            |           | Cotización          | Cotización |                   |               |               |
| 14-23                     | Positive Seguros | 880011153-6 | 8.600                  |                  |       |                        | 8.600      | 0         | 0                   |            | 86                | 8.600         | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTAL DEL GRUPO |                |             |              |           |                   |               |               |
|-----------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF      | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24           | Compensar Caja | 860066942-7 | 16'400       | 0         | 0                 | 16'400        | 1             |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mens 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                              | 102.300                             | 102.300       |
| Pensión             |  |                                | 130.900                             | 130.900       |
| Riesgos Laborales   |  | 1                              | 8.600                               | 8.600         |
| CCF                 |  | 1                              | 16.400                              | 16.400        |
| ESAP                |  | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                |  | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                 |  | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                |  | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES             |  | 4                              | 258.200                             | 258.200       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |                 |              |                      |
|---------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|--------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO     | CORREO               |
| CC                  | 52714385          | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON | CL 12 A 71 C 61 | 3123024618   | rociapinzon@yahoo.es |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO          | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO   |
| UNICA               | 1 - Independiente |                              |                 | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.          |
|                     |                   |                              |                 |              | NO                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |                |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMENSAÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD       |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLEADOS<br>1 |
|                      |                                  |               |                         |                 | UPC<br>0       |
|                      |                                  |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR  |
|                      |                                  |               |                         |                 | \$258.200      |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       | INFORMACIÓN NOVEDADES |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | PENSIÓN               |                       |                       |                       | SALUD                 |                       |                       |                       | RIESGOS LABORALES     |                       |                       |                       | CCF                   |                       |                       |                       | PARAFISCALES          |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Acreditados y Nombres |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       | Voluntario o Afiliado |                       |                       |                       | Fondo                 |                       |                       |                       | Cód. EPS              |                       |                       |                       | Cód. EPS              |                       |                       |                       | Cód. EPS              |                       |                       |                       | Cód. EPS              |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |             |
|                       |      |                       | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN COTIZANTE | INFORMACIÓN |

PAAGADA

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                              |                 |                    |                      |                                           |
|-----------------------|--------------------|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TIPO                  | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE             | DIRECCIÓN       | TÉLEFONO           | CORREO               | EXONERADO PAGO<br>PARAFISCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 92714365           | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON | CL 12 A 71 C 61 | 3123024618         | rociapinzon@yahoo.es |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL           | DÉPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |                                           |
| ÚNICA                 | 1 – 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) | CANTIDAD      |
| 31213095             | 15/11/2018                        |               |                          | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          | UPC           |
|                      |                                   |               |                          | 1             |
|                      |                                   |               |                          | 0             |
|                      |                                   |               |                          | TOTAL A PAGAR |
| 2018-10              | 2018-10                           | N             | 16/11/2018               | 31234694      |
|                      |                                   |               |                          | \$7.700       |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 850066942-7 | 3.100                  |

| UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>Certificación | Valor Mora<br>UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------------|-------------------|---------------|---------------|
|               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                             |                   |               |               |
| 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                           | 0                 | 3.100         | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**

| TOTALES PENSION |          |              |                        |                            |                             |                          |                         |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|--------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT          | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsidista | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Poyentti | /800224808-8 | 3.900 ✓                | 0 ✓                        | 0 ✓                         | 0' ✓                     | ✓                       | 0         | 0                     | ✓              | 3.900         | 1 ✓           |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| 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 Salto a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positive Seguros | 860011155-5 | 200                    |                  |       |                        | 200                   | 0         | 0                     | 200                 |                            |                     | 2                 | 200           | 1             |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |                |             |              |           |                   |               |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre         | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
| CCF24         | Compensar Caja | 860065942-7 | 500          | 0         | 0                 | 500           |
|               |                |             |              |           |                   | No. Afiliados |
|               |                |             |              |           |                   | 1             |

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |   | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |   |               |
| SENA                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |   |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0 | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |
| MEN                  |           |                   |               |   |               |
|                      |           |                   |               |   |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                        |               |
|------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, L.M.A., IPR y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 3.100                                  | 3.100         |
| Pensión                | 1                              | 3.900                                  | 3.900         |
| Régimen Laborales      | 1                              | 200                                    | 200           |
| COP                    | 1                              | 500                                    | 500           |
| ESAP                   | 0                              | 0                                      | 0             |
| ICB                    | 0                              | 0                                      | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                      | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                      | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | <b>4</b>                       | <b>7.700</b>                           | <b>7.700</b>  |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                      |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN            |
| CC                  | 52714385          | ROCIO ANGELICA PINZON PINZON        | CL 12 A 71 C 61      |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO               |
| UNICA               | 1 - Independiente |                                     |                      |
|                     |                   | CIUDAD / MUNICIPIO                  | BOGOTÁ D.C.          |
|                     |                   | DEPARTAMENTO                        | BOGOTÁ D. C.         |
|                     |                   | TELÉFONO                            | 3123024618           |
|                     |                   | CORREO                              | rociopinzon@yahoo.es |
|                     |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD | NO                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |                           |                 |
|----------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA |
| 31213095             | 15/11/2018                         | 16/11/2018                | 31234694        |
| PERÍODO SALUD        | PERÍODO PENSIONES                  |                           | TOTAL A PAGAR   |
| 2018-10              | 2018-10                            |                           | \$7.700         |
|                      |                                    | TIPO PLANILLA             |                 |
|                      |                                    | N                         |                 |
|                      |                                    | EMPLEADOS                 | 1               |
|                      |                                    | UPC                       | 0               |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                     |        |         |          |    |   |   |   |   |   |   |                       |          |          |            |                       |                   |                             |                                 |          |          |                        |          |                 |                |          |            |                         |             |                   |             |            |  |              |  |  |  |  |  |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|--------|---------|----------|----|---|---|---|---|---|---|-----------------------|----------|----------|------------|-----------------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------|----------|------------------------|----------|-----------------|----------------|----------|------------|-------------------------|-------------|-------------------|-------------|------------|--|--------------|--|--|--|--|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                     |        |         |          |    |   |   |   |   |   |   | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |          |            |                       |                   |                             |                                 |          |          | PENSION                |          |                 |                | SALUD    |            |                         |             | RIESGOS LABORALES |             |            |  | PARAFISCALES |  |  |  |  |  |
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres |        | Cuentas |          |    |   |   |   |   |   |   |                       | Céd. APP | IBCF APP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Agente | Fondo pensional solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBCF EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | Clase de Riesgo | Cotización CCF | IBCF CCF | Aporte CCF | IBCF otras prestaciones | Aporte SENA | Aporte ICDF       | Aporte ESAP | Aporte MEN |  |              |  |  |  |  |  |
| 1                     | CC   | 52714385              | PINZON              | PINZON | ROCIO   | ANGELICA | 58 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0                     | 0        | 0        | 0          | 0                     | 0                 | 0                           | 0                               | 0        | 0        | 0                      | 0        | 0               | 0              | 0        | 0          | 0                       | 0           |                   |             |            |  |              |  |  |  |  |  |

# PAGADA



MINSALUD

GOBIERNO  
DE COLOMBIA

## 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 | 52714365       |
| NOMBRES                  | ROCIO ANGELICA |
| APELLIDOS                | PINZON PINZON  |
| 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 | 01/10/2009                   | 31/12/2999                          | COTIZANTE        |

|                     |                        |                     |                |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Fecha de Impresión: | 11/20/2018<br>09:05:55 | Estación de origen: | 190.146.94.138 |
|---------------------|------------------------|---------------------|----------------|

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](#)