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

MEMORANDO

16 AGO. 2018

Radicado IDRD No 20185100501713

Bogotá D.C, 14/08/2018

PARA: : Martha Consuelo Andrade Muñoz
Subdirectora de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de JULIO Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2452 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102412E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales GOMEZ MONTAÑO KAREN VIVIANA. CPS No 2452 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

SANDRA MILENA GAVILÁN NOREÑA
ASESORA 105 GRADO 2 DE LA DIRECCIÓN GENERAL

Anexo: (9) FOLIOS (1) CD
Elaboró: Julian Andres Suarez Chaur– Contratista Deportes TEC
Aprobó: Julian Andres Suarez Chaur – Contratista Deportes TEC

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	01		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	25	07	18

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2452 del 11 de Julio de 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011024l2E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	KAREN VIVIANA GOMEZ MONTAÑO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1014191743	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en deporte de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Cuatro (4) meses y siete (7) días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Nueve millones cuatrocientos quince mil pesos m/c ($ 9.415.000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	13/07/2018	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	30/11/2018	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	De 13/07/18 al 25/07/18	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

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.

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.	Se envió el plan formador para ACTIVIDAD FISICA al gestor, al ingresar al colegio Domingo Faustino Sarmiento, se sube directamente a la plataforma con los nuevos grupos. La propuesta está en el SIM, anexado en el link de cada grupo. Evidencia en el SIM y CD carpeta Obligación 1.
Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.	Se han ejecutado las sesiones en el colegio Domingo Faustino Sarmiento, según lo planeado con los respectivos grupos y estudiantes en los horarios establecidos. Se realizaron 12 sesiones con estudiantes y 1 reuniones pedagógicas operativas para un total de 13 sesiones. **Grupo 1:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 10:00 – 12:00* 17 julio 19 julio 24 julio **Grupo 2:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 12:00 – 14:00* 17 julio 19 julio 24 julio **Grupo 3:** ACTIVIDAD FISICA-*Miércoles y viernes de 10:00 – 12:00* 18 julio 23 julio evento 25 julio Evento **Grupo 4:** ACTIVIDAD FISICA- *Miércoles y viernes de 12:00 – 14:00* 18 julio 23 julio evento 25 julio Evento Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 2.
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.	Se obtuvo la reactivación a tiempo y por tanto se está utilizando para registrar los datos en el sistema. Se cambió la contraseña por seguridad. Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 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)	Se inscriben los estudiantes según los horarios de los grupos del centro de interés y según cantidad requerida por el mismo. Se dio la asistencia de la siguiente manera:

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACION 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.

después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto.	**Grupo 1:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 10:00 – 12:00* 17 julio – 21 estudiantes 19 julio – 20 estudiantes 24 julio – 19 estudiantes **Grupo 2:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 12:00 – 14:00* 17 julio – 19 estudiantes 19 julio – 17 estudiantes 24 julio – 18 estudiantes **Grupo 3:** ACTIVIDAD FISICA-*Miércoles y viernes de 10:00 – 12:00* 18 julio – 15 estudiantes 23 julio – 12 estudiantes 25 julio Evento – 28 estudiantes **Grupo 4:** ACTIVIDAD FISICA- *Miércoles y viernes de 12:00 – 14:00* 18 julio – 19 estudiantes 23 julio – 17 estudiantes 25 julio Evento – 28 estudiantes Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 4.
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.	Se suben las planeaciones al SIM desde el momento en que se inicia y se confirman los estudiantes y grupos. Se alimenta el SIM con sus respectivos planes de trabajo por sesión y las asistencias según lo que se ha programado y ejecutado hasta el momento. Durante este corte se realizaron 12 Sesiones de clase de la siguiente manera: **Grupo 1:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 10:00 – 12:00* 17 julio 19 julio 24 julio **Grupo 2:** ACTIVIDAD FISICA- *Martes y jueves de 12:00 – 14:00* 17 julio 19 julio 24 julio **Grupo 3:** ACTIVIDAD FISICA-*Miércoles y viernes de 10:00 – 12:00* 18 julio 23 julio evento 25 julio Evento

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.

	Grupo 4: ACTIVIDAD FISICA- *Miércoles y viernes de 12:00 – 14:00* 18 julio 23 julio evento 25 julio Evento Evidencia en SIM y CD carpeta Obligación 5.
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.	Aun no se han encontrado casos especiales dentro de los grupos inscritos. Se ha hablado de algunos casos especiales dentro de la institución.
Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.	Se obtienen los documentos de los niños por medio de la gestora, ya que se habían solicitado a los padres cuando se inscribieron los niños al centro de interés al iniciar el año.
Obligación No. 8: Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional.	Hasta el momento la única novedad que se han presentado es un accidente leve de una niña que ocurrió dentro de la clase y no paso a mayores, fue tratado adecuadamente con un resultado positivo. Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 8.
Obligación No. 9: Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	Se cumplen a cabalidad las reuniones con el Gestor IED, la Gestora pedagógica, el operativo y el enlace institucional. El día **19 de julio** de 8:00 a 10:00, se realiza reunión con el gestor en la biblioteca del colegio Domingo Faustino Sarmiento, donde se trató sobre la logística para el evento de la inauguración del festival de verano y como llenar los datos de test físicos en el SIM. Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 9.
Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.	Se inicia el proceso de observación y análisis de talentos para que primero participen en diferentes pruebas y torneos intramurales para medir el nivel y luego reportar una posible remisión, informando oportunamente al Gestor IED.
Obligación No. 11: Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente ó curso de primeros auxilios ó curso de alturas ó salvamento acuático dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según la normatividad vigente.	Se entrega al gestor IED el día 02 de Febrero, su respectiva actualización del certificado del curso del primer respondiente realizado con la defensa civil, el cual tiene una vigencia hasta Octubre del 2018. Evidencia en CD adjunto carpeta Obligación 11.

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.

Obligación No. 12: Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.	Soy profesional en cultura física, deporte y recreación y soy totalmente responsable de lo que me corresponde a las leyes con los niños que tengo en el centro de interés. Respeto y hago respetar los derechos de los niños y además hago cumplir el manual de convivencia.
Obligación No. 13: Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato.	Me encuentro en disposición de apoyar los procesos para el adecuado desarrollo de los centros de interés, así como cumplir con lo asignado por el supervisor del contrato.
Obligación No. 14: Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	Se cumple a cabalidad con la confidencialidad de la información institucional, así como de los estudiantes tanto en datos como en situaciones personales de salud.
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 97.700
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 125.000
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 8.200
	TOTAL	$ 230.900

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

Firma Contratista

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

Cumple con los 4 turnos con mínimos establecidos reporta de manera Oportuna la información solicitada, reporta los Informes de Clase y Asistencias

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: **SANDRA MILENA GAVILAN NOREÑA**
N° de Identificación: **52.321.145**
Cargo: **ASESORA DE DIRECCION GENERAL**

DEFENSA CIVIL COLOMBIANA

PROGRAMA DE CAPACITACION EN GESTION DE RIESGOS ESCOLARES

CERTIFICA QUE:

KAREN VIVIANA GOMEZ MONTAÑO

CC. 1.014.191.743 de BOGOTA

ASISTIO Y APROBO EL CURSO DE:

PRIMER RESPONDIENTE, TECNICAS DE PRIMEROS AUXILIOS BASICOS Y MANEJO DE EMERGENCIAS ESCOLARES.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS TEORICO PRACTICAS.

ENTREGADO EN BOGOTA D.C. A LOS 05 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2016

INSTRUCTOR DE CURSO

LA INSTITUCION SOCIAL Y HUMANITARIA MAS GRANDE DEL PAIS

SGS

C. DATOS QUE DILIGENCIA EL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE

1. DIAGNÓSTICO FINAL DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE Código CIE 10 ☐☐☐☐

2. TRATAMIENTO

Entendemos que la mayoría de los pacientes que solicitan pensión por invalidez requieren de tratamientos farmacológicos y de rehabilitación con carácter indefinido (mantenimiento). Por favor, anote únicamente el tratamiento curativo o correctivo pendiente (no de mantenimiento) que hace falta realizarle al afiliado cotizante paraque pueda ser dado de alta:

Nombre del Tratamiento	Fecha de realización	Rehabilitación: SÍ/NO	¿Cuántos meses de rehabilitación?

3. Si el(a) afiliado(a) presenta dolor crónico, ¿ha sido sometido a una clínica interdisciplinario de dolor?

SI ☐ NO ☐

Resultados: _____

4. PRONÓSTICO DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

a. Se espera que la realización de este tratamiento mejore la función perdida de forma:

Significativa ☐ Insuficiente ☐ Mínima ☐

Observaciones: _____

b. ¿Ha presentado algún tipo de complicaciones que desmejore el pronóstico de recuperación?

c. Se espera que terminado el tratamiento el afiliado se reintegre a su trabajo o se reubique en otra labor:

En menos de 1 año ☐ En más de 1 año ☐ Probablemente no se logre reubicar en el futuro ☐

Observaciones: _____

d. Con base en lo anterior, ¿cuál es, en su opinión, el pronóstico de recuperación funcional cuando termine el tratamiento pendiente?

Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐

Datos del Médico tratante

Nombre del Médico: _____ Registro Médico No.: _____

Especialidad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Fecha : ☐☐☐

Firma y Sello: _____

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

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

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

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

1	Contrato No.					2452 DE 2018			
2	Nombre del Contratista	KAREN VIVIANA GOMEZ MONTAÑO							
3	Identificación	CC	X	CE		1014191743			
4	Régimen del impuesto a las ventas					Simplificado	X	Común	
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)						SI		NO	X
7	Declaración de ingresos									
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600.						SI		NO	X
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.									
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	97.700,00				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	125.000,00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	8.200,00				Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual									
	AFC $					Ahorro Voluntario Pensión $				
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo						SI		NO	X
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo						SI		NO	X
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.									
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo						SI		NO	X
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo						SI		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.						SI		NO	X
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:								%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 25 MM 7 AA 18

Karen

FIRMA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014191743	Karen Viviana Gomez Montaño	cll 88 # 95 - 50 int 110	6633021	kparentin@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	13/07/2018	26841962	$247.000

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	97.700	0		0		0	1	100	0	97.800	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	125.000	0	0	0	0	1	100	0	125.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.200				8.200	1	100	8.300			82	8.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.700	1	100	15.800	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.800
Pensión	1	125.000	125.100
Riesgos Laborales	1	8.200	8.300
CCF	1	15.700	15.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	246.600	247.000

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

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014191743
NOMBRES	KAREN VIVIANA
APELLIDOS	GOMEZ MONTAÑO
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	01/02/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/16/2018 13:09:11	Estación de origen:	191.109.129.87

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

8