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

MEMORANDO

02 OCT 2018

Radicado IDRD No 20185100592183

Bogotá D.C, 25/09/2018

PARA: Martha Consuelo Andrade Muñoz
Subdirectora de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de SEPTIEMBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2398 DE 2018 . Expediente Virtual No. 2018800201102338E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON. CPS No 2398 DE 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

MURILLO PRIETO LUIS ANDRES
PROFESIONAL GESTOR IED

Anexo: (13) CD (1)
Elaboró: CÉSAR NAVA– Contratista TEC - Deportes
Aprobó: CÉSAR NAVA– Contratista TEC - Deportes

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.10.02 11:54:05 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	3		
FECHA DEL INFORME	dd	Mm	aa
	25	09	2018

No. DEL CONTRATO Y FECHA
002398 de 17 de julio 2018
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20188002011023 38E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JHON ANDERSON GARCIA FLOREZ**	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	**80.797.946 de Bogotá**	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B de acuerdo con los grupos asignados, para planear, dirigir, desarrollar y hacer seguimiento a los procesos formativos de los usuarios y/o alumnos con cargo al proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo de ejecución será de CUATRO (4) MESES Y 7 DIAS .	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Nueve millones cuatrocientos quince mil cuatrocientos ochenta y ocho ($9.415.488) pesos M/cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17/7/2018	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)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DE 26/08/18 AL 25/09/18	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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.

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 a su Supervisor de Contrato durante la segunda semana de contrato, una propuesta de trabajo para cada grupo asignado de acuerdo con el formato que establezca el IDRD	Se realizó la entrega de la propuesta de plan formador el día 22 de diciembre de 2017 durante las jornadas de alistamiento donde se socializó todo lo referente al programa TEC, malla curricular, sim entre otras. Evidencia: Se encuentra registrado en el SIM realizando actualizaciones pertinentes según la coordinación pedagógica. Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N° 1 en el cd adjunto a este informe.
Obligación No. 2. Reclamar con el encargado del sistema el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	Se obtiene usuario y contraseña de la plataforma SIM, desde el 22/02/2018 Se crearon los grupos 1,2,3,4 en el colegio Filarmónico Simón Bolívar Sede B también se realizó la inscripción de alumnos en cada grupo y jornada. Evidencia: Se cuenta con usuario y clave, correo que fue recibido por SOPORTE TIEMPO ESCOLAR el día 22 de febrero de 2018, a mi correo personal carecacolombia@hotmail.com Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N° 2 en el cd adjunto a este informe
Obligación No. 3. Atender los grupos de usuarios asignados, de acuerdo con las indicaciones, parámetros, horarios, intensidad, lugares y demás requerimientos establecidos por el IDRD a través del supervisor del contrato.	Se presta atención a los niños en el colegio filarmónico simón bolívar sede B de la localidad de suba, los miércoles y jueves en los horarios de(grupo 1) 8:00am a 10:00 am(grupo 2) de10:00ama 12;00pm.(Grupo 3) De 12:00 pm a 2:00pm (grupo 4) de 2:00 pm a 4:00pm Evidencia: Clases que se están dictando dentro de las instalaciones del colegio filarmónico simón bolívar sede B. El Gestor IED es el señor Luis Andrés Murillo Prieto. Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N 3en el cd adjunto a este informe
Obligación No. 4. Realizar la inscripción de estudiantes de acuerdo a lo establecido en el Sistema de Información oficial del proyecto.	Se obtiene usuario y contraseña de la plataforma SIM. Desde 22/02/2018 Se crearon los grupos 1,2,3,4 en el colegio Filarmónico Simón Bolívar Sede B también se realizó la inscripción de alumnos en cada grupo y jornada. Evidencia: Se cuenta con los cuatro grupos registrados

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.

	en el SIM. Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N° 4 en el cd adjunto a este informe.
Obligación No. 5. Armonizar y articular la gestión académica y comunitaria de la institución educativa con el plan pedagógico del correspondiente centro de interés en el cual desarrolle sus actividades.	Avance: Conozco y refuerzo procedimientos, instructivos, comunicación, formatos y demás herramientas, que permiten la armonización del programa. Evidencia: Actas de Reunión Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N5 CD
Obligación No. 6. Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes y/o usuarios para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas.) informarse previamente con la IED para tener en cuenta los que requieran manejo especial, realizando el respectivo consentimiento informado según el formato establecido, adicionalmente de todos los niños inscritos deben solicitar copia de su carné de EPS.	Se recepción los estudiantes del colegio Filarmónico Simón Bolivar Sede B fotocopia de los documentos tarjeta de identidad, eps y una autorización si salen solos o no fuera de la institución y si sufren de alguna patología. Evidencia: Se cuenta con los documentos en físico Ubicación: Documentos que reposan en los archivos de l IED
Obligación No. 7. Planear y subir al SIM las sesiones de clases quincenales dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena correspondiente a la ejecución, de igual forma reportar en las observaciones si fue objeto de visita realizada por su coordinador territorial; así mismo, alimentar en el SIM, según corresponda, el seguimiento y medición establecidos en el proyecto y demás información necesaria que solicite el IDRD, debiendo realizar esto por estudiante.	Se planeó sesiones desde 02/02/2018 hasta el 15/06/2018 según impacto de cada grupo Se obtiene usuario y contraseña de la plataforma SIM. Desde 22/02/2018 donde se crearon los grupos 1,2,3,4 de capoeira en el centro de interés CAPOEIRA también se realizó la inscripción de alumnos en cada grupo y jornada Evidencia: Se sube la asistencia de las siguientes clases en la sim **Grupo 1** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 2** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 3** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 4** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 Ubicación: Se encuentran los pantallazos de las sesiones planeadas en la carpeta obligación N° 7 en el cd adjunto a este informe.

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. 8. Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la preparación de la sesión, su ejecución y acompañamiento, debe estar de acuerdo a los lineamientos pedagógicos, operativos y administrativos, que tenga el IDRD, así como las necesidades y características de los estudiantes y/o usuarios beneficiarios; según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo o pedagógico requeridas desde la gerencia o según necesidades de la institución educativa aprobadas por el rector de la IED sin superar el 20% de las sesiones realizadas durante el mes, de igual forma solo se podrá proyectar hasta un máximo de 36 o 64 (centro de interés natación) sesiones de clase durante el mes o según las establecidas en la FORMA DE PAGO PARÁGRAFO TERCERO, se aclara que en caso de no realizar el acompañamiento o la preparación porque la ejecución de las sesiones se realiza en la misma institución, estas horas se compensarán con un mayor número de sesiones de clase que no deberán incrementar el valor del pago mensual autorizado puesto que cumple con la totalidad de horas proyectadas por sesión de clase, para lo cual el supervisor del contrato justificara mediante acta la actividad realizada.	Evidencia: Se elaboró las planeaciones de clase y se ejecutaron en los 4 grupos del colegio Filarmónico Simón Bolívar Sede B estas sesiones se realizaron como unidad de diagnóstico, para determinar las características de los estudiantes a nivel motriz y determinar si tenían comportamientos asertivos durante el trabajo con los demás compañeros. Tengo el conocimiento frente a la disponibilidad de tiempo para ejecutar las sesiones de clase en el momento de la preparación, ejecución y acompañamiento. De la misma manera cumplir con las reuniones de carácter técnico o pedagógico si en dado caso no se ejecutaron el máximo total de sesiones por mes. Lo cual es válido si el supervisor del contrato aprueba y justifica mediante acta las actividades en las cuales fui participe. Para este periodo se trabajó con los grupos asignados por los Docentes Enlace de la IED Se presta atención a los niños en el colegio filarmónico simón bolivar sede B de la localidad de suba, los miércoles y jueves en los horarios de (grupo 1) 8:00am a 10:00 am (grupo 2) de 10:00 am a 12:00pm (Grupo 3) De 12:00 pm a 2:00 pm (grupo 4) de 2:00 pm a 4:00pm Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,16,19,20 **Grupo 2** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 3** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 4** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 Ubicación: Las sesiones de clase se encuentra registradas en el SIM, pantallazo en la carpeta obligación N° 8 en el cd adjunto a este informe
Obligación No. 9. Reportar en caso de existir alguna eventualidad y/o problemática en el desarrollo de la sesión o de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las doce (12) horas, desde sucedida la misma, haciendo esto ante su coordinador territorial y mediante el Sistema de Información Misional.	Se reconoce el proceso para reportar en dado caso algún tipo de eventualidad que no permita desarrollar plenamente la sesión. Seguir con el protocolo y conducto regular, dejando por escrito y en acta aquella situación o problemática presentada durante el desarrollo de la sesión e informando al coordinador territorial para el manejo adecuado de la eventualidad si así se presenta. Evidencia: En el momento que exista una eventualidad, novedad o problemática se reportará al Gestor IED.
Obligación No. 10. Registrar la asistencia por sesión de clase y grupo beneficiario del centro de interés asignado dentro de las doce (12) horas siguientes la ejecución de la sesión de clase.	Se lleva asistencia en cada uno de los grupos y sus impactos durante cada sesión realizada Se obtiene usuario y contraseña de la plataforma SIM. Desde 22/02/2018 donde se crearon los grupos 1,2,3,4 de capoeira en el centro de interés CAPOEIRA también

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

	se realizó la inscripción de alumnos en cada grupo y jornada Evidencia: Se registra la asistencia en el SIM sesión por sesión, de acuerdo a cada grupo de la siguiente manera: Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 2** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 3** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 **Grupo 4** Agosto 29 y 30 Septiembre 05,06,12,13,19,20 Ubicación: Se registra la asistencia en el SIM después de ejecutar cada sesión, se toma pantallazo que se encuentra en la carpeta obligación N° 10 en el cd adjunto a este informe.
Obligación No. 11. Realizar la continua actualización, de la base de datos aportada por el coordinador territorial, que permita identificar el talento humano dispuesto en las áreas y/o zonas en las que esté presente el programa. Determinando, por cada cual: formadores (Nombres y apellidos, cedulas, números de contrato, centros de interés, cantidad de grupos y número de beneficiarios por cada cual, así como numero de sesiones de clases realizadas por semana y día) la alimentación de esa base de datos debe ser realizada por el formador y consolidada por el coordinador territorial, realizando una actualización mensual de los datos reportados, dicha base debe ser entregada al coordinador territorial asignado el último día hábil de cada mes.	Dejo la información sobre mis datos según la obligación NOMBRE: Jhon Anderson García Flórez CEDULA N° 80.797.946 N° DE CONTRATO 3145-17 Días de asistencia: miércoles y jueves en los horarios de (grupo 1) 8:00am a 10:00 am (grupo 2) de 10:00 am a 12;00pm. (Grupo 3) De 12:00 pm a 2:00 pm (grupo 4) de 2:00 pm a 4:00pm Correo :carecacolombia@hotmail.com Se están atendiendo los niños y niñas del IED Filarmónico Simón Bolívar Sede B de la localidad de suba en los horarios anteriormente mencionado.
Obligación No. 12. Tener grupos con el mínimo de alumnos inscritos solicitado en el requerimiento técnico del proyecto según el centro de interés, debiendo reportar oportunamente a su coordinador territorial, si se llega a presentar deserción de estudiantes del centro de interés asignado, evaluando las posibles causas y presentando las acciones para mitigar la situación.	Avance: Se cuenta con la cobertura de alumnos en el requerimiento técnico del proyecto según EL centro de interés, así mismo se ha hecho el debido seguimiento y reporte de deserción de estudiantes a mi coordinador territorial; así mismo evaluar las posibles causas y proponer acciones para mitigar la situación. Evidencia: Se registra la asistencia para corroborar la cobertura de los niños en cada grupo en el centro de interés de Capoeira. Ubicación: Registro de asistencia en el SIM
Obligación No. 13. Responder por la inscripción y seguimiento de los estudiantes que tenga a su cargo para la participación en el programa supérate en caso de ser necesaria.	Estoy disponible para apoyo técnico y de inscripción en el programa supérate en caso de no tener niños a mi cargo y así mismo apoyar otros centros de interés. Evidencia: Aun no se cuenta con la clave para poder

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.

	hacer la inscripción a los juegos supérate.
Obligación No. 14. Identificar los posibles talentos motrices en los centros de interés y remitirles, de acuerdo con los lineamientos internos establecidos por el proyecto, a los semilleros deportivos permitiendo que estos puedan ser formados adecuadamente y coadyuven a incrementar la reserva deportiva de Bogotá.	Mediante los test físicos y técnicos y la identificación de talentos en el centro de interés comunicare a mi coordinador territorial los niños y jóvenes que sobresalgan y hacerlos parte del programa semillero. Evidencia: Aun no se han identificado los posibles talentos para hacer parte de los semilleros.
Obligación No. 15. Presentar los informes técnicos, pedagógicos o administrativos que le sean requeridos por el IDRD o por el Supervisor del Contrato	Se hace entrega de informe del mes de mayo que corresponde al periodo de actividades del 26 de abril al 25 de mayo Evidencia: Se entrega en físico al Gestor IED Andrés Murillo Ubicación: Carpeta obligación N° 15en el cd adjunto a este informe
Obligación No.16.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, durante la vigencia fiscal en la cual se suscriba el contrato o a los eventos promovidos por el IDRD y/o la SED	Para armonizar y articular el centro de interés con las actividades regulares del colegio, se realizan reuniones con IDRD, IED y SED con el fin de evaluar el proceso de los centros de interés. **REUNIONES** **LUNES 27 DE AGOSTO** **Feria de saberes** **JUEVES 13 SEPTIEMBRE** **Caracterización de talento humano en el sim** **Evaluación y coevaluación de 17 a 21 septiembre** **JUEVES 17 SEPTIEMBRE** **Feria de saberes** **VIERNES 21 DE SEPTIEMBRE** **Entrega de informes** Evidencia: Actas de Reunión reposan en carpetas del IED en el PRD. Ubicación: Se encuentra en la carpeta obligación N° 16 en el cd adjunto a este informe
Obligación No. 17. Mantener una permanente, efectiva y oportuna comunicación con su Coordinador Territorial, profesional pedagógico y operativo y la IED (directores de grupo, coordinadores del colegio, profesores enlace,...etc.), en todos los casos seguir el conducto regular.	Se mantiene la comunicación clara y asertiva con los profesionales a cargo, la IED y el Gestor IED Luis Andrés Murillo Prieto operativo del proyecto. Evidencia: El Gestor IED nos informa sobre las reuniones y los comunicados de la operatividad del programa y del colegio en general.
Obligación No. 18. Entregar al supervisor del contrato si no fue entregado inicialmente, el certificado del curso de primer respondiente o primeros auxilios o curso de alturas o salvamento acuático dentro de los treinta (30) dias hábiles siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según la normatividad vigente.	Se entregó el certificado de primer respondiente a mi Gestor IED Luis Andrés murillo Evidencia: Se entregó copia al Gestor IED Ubicación: Reposa en los archivos del PRD
Obligación No.19. Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo.	Estoy presto a realizar las tareas específicas que solicite el supervisor. Supervisor de contrato: Edwin Marcel Urrea Barrera N° de Identificación: 79.753.572 de Bogotá

Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades

6

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.

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	111.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	142.800
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	9.400
	TOTAL	263.700

4. ANEXOS (adjuntar los soportes establecidos en el procedimiento de pagos vigente de la entidad)

Jhon Garcia

Firma Contratista
JHON ANDERSON GARCIA FLOREZ

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

Es un formador muy responsable y proactivo en sus funciones. Cumple sus obligaciones

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Luis Andrés murillo prieto
N° de Identificación: 79660981 de Bogotá
Cargo: gestor IED

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

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

Conozco que 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.				2398-2018			
2	Nombre del Contratista				GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON			
3	Identificación	CC	x	CE		80.797.946		
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 $	111.300,00			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	142.800,00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	9.400,00			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	X	NO	
	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 9 AA 2018

Jhon Garcio

FIRMA

8

SOI Pago de Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80797946
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: ANDERSON
CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL
DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN: CR 91 C N 2 90
TELÉFONO: 7525735
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA: PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA: Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 42280 2597
TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS: MES agosto AÑO 2018
PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES agosto AÑO 2018
DÍAS DE MORA:
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2018/08/15
NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990586083

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 125.000	$ 200	$ 125.200
SUBTOTALES:										$ 125.000	$ 200	$ 125.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 200	$ 0	$ 97.700	$ 200	$ 0	$ 97.900
SUBTOTALES:													$ 97.700	$ 200	$ 0	$ 97.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.200	$ 8.200	$ 100	$ 0	$ 8.300
SUBTOTALES:									$ 8.200	$ 100	$ 0	$ 8.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 80797946	GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 781.242	80797946	$ 8.200

PARAFISCALES

Nº	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 231.400

Planilla Pagada

2018/08/16 8:35 AM USUARIO: SOI CC1016103444

9

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.	2398-2018						
2	Nombre del Contratista	GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON						
3	Identificación	CC	X	CE		80.797.946		
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 $ 111.500,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 142.800,00 Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 9.400,00 — 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	X	NO	
	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 09 AA 2018

Jhon Garcia

FIRMA

10

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancolombia

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80797946
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDERSON GARCIA FLOREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 91 C N 2 90	TELÉFONO:	7525735
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

NÚMERO PLANILLA:	1716334324	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2018
DÍAS DE MORA:			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2203860
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4228072597	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2018/08/15

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 17.800	$ 100	$ 17.900
SUBTOTALES:										$ 17.800	$ 100	$ 17.900

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 13.800	$ 0	$ 100	$ 0	$ 13.800	$ 100	$ 0	$ 13.900
SUBTOTALES:													$ 13.800	$ 100	$ 0	$ 13.900

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.200	$ 1.200	$ 100	$ 0	$ 1.300
SUBTOTALES:									$ 1.200	$ 100	$ 0	$ 1.300

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 80797946	GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							A										
2	CC 80797946	GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							C	X									
3	CC 80797946	GARCIA FLOREZ JHON ANDERSON	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO							R	X									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000
2	230301-PORVENIR	30	$ 892.000	$ 142.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 142.800
3	230301-PORVENIR	0	$ 110.758	$ 17.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 17.800

SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 781.242	80797946	$ 8.200
2	EPS008-COMPENSAR	30	$ 892.000	$ 111.500	$ 0	$ 111.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 892.000	80797946	$ 9.400
3	EPS008-COMPENSAR	0	$ 110.758	$ 13.800	$ 0	$ 13.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 110.758	80797946	$ 1.200

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0
2		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0
3		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 33.100

Planilla Pagada

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	80797946
NOMBRES	JHON ANDERSON
APELLIDOS	GARCIA FLOREZ
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	11/06/2009	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 09/16/2018 20:21:11 | **Estación de origen:** 186.85.198.162

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	Jhon Anderson Garcia Florez	COORDINADOR	LUIS ANDRES MURILLO PRIETO
FECHA REVISIÓN	2018-09-27 11:19:30	Mes	Septiembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO FILARMONICO SIMON	SEDE B	1	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 29-5-12-19 **Jueves,08:00:00,10:00:00** 30-6-13-20	29-30-5-6-12-13-19-20		32	32
	SEDE B	2	**Miercoles,10:00:00,12:00:00** 29-5-12-19 **Jueves,10:00:00,12:00:00** 30-6-13-20	29-30-5-6-12-13-19-20			
	SEDE B	3	**Miercoles,12:00:00,14:00:00** 29-5-12-19 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 30-6-13-20	29-30-5-6-12-13-19-20			
	SEDE B	4	**Miercoles,14:00:00,16:00:00** 29-5-12-19 **Jueves,14:00:00,16:00:00** 30-6-13-20	29-30-5-6-12-13-19-20			

Reuniones

FECHA - HORARIO	2018-09-13 (08:00:00 - 11:00:00)	TEMA	ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN, CARACTERIZACIÓN TALENTO HUMANO, POLÍTICA PÚBLICA, SESIONES, FERIA DE SABERES

Reuniones

FECHA - HORARIO	2018-09-21 (07:30:00 - 09:00:00)	TEMA	AUTO VALORACIÓN, CO VALORACIÓN,ENCUESTAS DE PERCEPCIÓN,COBERTURAS, RECEPCIÓN Y REVISIÓN DE INFORMES

13