INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2022

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2061-2022 DEL 16 DE AGOSTO DE 2022
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MONTILLA POVEDA GUILLERMO ANDRES	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1022324579	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CINCO (5) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 12.250.000 PESOS	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	22 DE AGOSTO DEL 2022	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	13 DE MARZO DEL 2023	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 22 DE AGOSTO AL 30 DE AGOSTO DEL 2022	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.</td><td>AVANCES: En este periodo de actividades no se present la Propuesta del Centro de Interés de Futbol, por cuanto aún no se ha asignado IED, en virtud de lo cual se están realizando apoyos en las diferentes IED asignadas.

EVIDENCIA:

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>IED</th><th>LUGAR</th><th>HORA</th></tr>
<tr><td>24/08/22</td><td>LAUREANO GOMEZ</td><td>PARQUE SAN ANDRES</td><td>9:00 A 11:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>25/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>26/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
</table>

UBICACION: ACTAS QUE REPOSAN EN MANOS DEL GESTOR IED</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido),</td><td>AVANCES: A la fecha aún no se ha asignado usuario y contraseña para el acceso al Sistema de Información Misional (SIM). en virtud de lo cual se están realizando apoyos en las diferentes IED asignadas.

EVIDENCIA:

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>IED</th><th>LUGAR</th><th>HORA</th></tr>
<tr><td>24/08/22</td><td>LAUREANO GOMEZ</td><td>PARQUE SAN ANDRES</td><td>9:00 A 11:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>25/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>26/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
</table>

UBICACION: ACTAS QUE REPOSAN EN MANOS DEL GESTOR IED.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce(12) horas después de ejecutada.</td><td></td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</td><td>AVANCES: Como quiera que aún no se me ha asignado IED, no se han solicitado a la IED los antecedentes o condiciones médicas de los estudiantes; sin embargo, me encuentro en total disposición para brindar el apoyo necesario cuando se requiera. A partir de la fecha en que me sea asignada IED, de forma inmediata procederé a solicitar los antecedentes o condiciones médicas de los Estudiantes para dar manejo a los casos especfíficos en las actividades a realizar, así mismo solicitaré los carnes de EPS.

En este periodo se realizaron apoyos en las diferentes IED asignadas.

EVIDENCIA:

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>IED</th><th>LUGAR</th><th>HORA</th></tr>
<tr><td>24/08/22</td><td>LAUREANO GOMEZ</td><td>PARQUE SAN ANDRES</td><td>9:00 A 11:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>25/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>26/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
</table>
UBICACIÓN: ACTAS QUE REPOSAN EN MANOS DEL GESTOR IED.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos y remitirlos al profesional encargado.</td><td>AVANCES: En el presente periodo no se ha realizado la actividad de identificación y reporte a estudiantes (niños, niñas, jóvenes y adolescentes) que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos, en consideración a que aún no se me ha asignado IED, sin embargo, me encuentro en total disposición para realizar esta actividad de forma inmediata a partir de la fecha en que me sea asignada IED.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>En este periodo se realizaron apoyos en las diferentes IED asignadas.

EVIDENCIA:
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>IED</th><th>LUGAR</th><th>HORA</th></tr>
<tr><td>24/08/22</td><td>LAUREANO GOMEZ</td><td>PARQUE SAN ANDRES</td><td>9:00 A 11:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>25/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>26/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
</table>
UBICACIÓN: ACTAS QUE REPOSAN EN MANOS DEL GESTOR IED.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.</td>
<td>AVANCES: En este periodo de actividades se realizó apoyo presencial a la formación integral y deportiva de niñas, niños, adolescentes y jóvenes estudiantes del Centro de Interés de Futbol en las IED asignadas, observando puntualmente los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cuidado de dar cumplimiento a las normas de bioseguridad.

EVIDENCIA:
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>IED</th><th>LUGAR</th><th>HORA</th></tr>
<tr><td>24/08/22</td><td>LAUREANO GOMEZ</td><td>PARQUE SAN ANDRES</td><td>9:00 A 11:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>25/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
<tr><td>26/08/22</td><td>REPUBLICA DE CHINA</td><td>IED</td><td>10:00 A 12:00
12:00 A 14:00</td></tr>
</table>
UBICACIÓN: ACTAS QUE REPOSAN EN MANOS DEL GESTOR IED.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 6: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales,</td>
<td>AVANCES: En este periodo no hubo participación virtual ni presencial en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales.

En este periodo se realizaron apoyos en las diferentes IED asignadas.</td>
</tr>
</table>

las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	
Obligación No. 7: Gestionar las herramientas digitales, tecnologías y/o ofimáticas necesarias para garantizar la ejecución del contrato de manera presencial y/o virtual contando con los medios tecnológicos para la constante comunicación con el supervisor del contrato, para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato.	**AVANCES:** Para el presente período del ejercicio contractual se cuenta con las herramientas tecnológicas necesarias para el correcto ejercicio del objeto contractual; así mismo, se suministró al Gestor por parte del Contratista información completa de número de celular, WhatsApp, dirección de correo electrónico personal e institucional, datos que se encuentran debidamente actualizados.
Obligación No. 8: El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme a lo estipulado en la Resolución 424 de 2021, "Por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD". Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses	**AVANCES:** En este periodo de actividades no ha sobrevenido circunstancia alguna que impida el cumplimiento a cabalidad del Contrato, haciendo énfasis que no hay impedimentos que afecten el objeto, el alcance, el ámbito de aplicación, la finalidad, la confidencialidad de la información, etc., dejando plenamente establecido que el objeto del Contrato se ha desarrollado con absoluta normalidad, sin que exista conflicto de intereses conforme a lo estipulado en la Resolución 424 de 2021. **EVIDENCIA:** Resolución 424 de 2021, Política sobre el conflicto de intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte. IDRD. **UBICACIÓN:**

compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.	
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITI VA	$ 0
	TOTAL	$ 0

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

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.

Firma Contratista
GUILLERMO ANDRES MONTILLA POVEDA
CC: 1022324579

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

DURANTE EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD SUS OBLIGACIONES ASIGNADAS.

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
CC 79403311
GESTOR IED IDRD
AGOSTO 20 DE 2022

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

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

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 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.	**IDRD-CTO-2061-2022**									
2	Nombre del Contratista	**GUILLERMO ANDRES MONTILLA POVEDA**									
3	Identificación	CC	**X**	CE		**1022324579**					
4	Responsable de impuesto a las ventas				SI		NO	**X**	Régimen simple		
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI		NO		
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (Paragrafo 2 del Art 383 ET)						SI		NO	**X**	
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2021, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2021), equivalentes a $50,831,100						SI		NO	**X**	
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.										
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**0,00**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**0,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**			Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
	Número de planilla				Fecha de pago		Valor pagado		**0,00**		
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 (2021). 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 (2021). 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 (2021) $9.440.080 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	**X**	
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2021) $9.440.080 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	**X**	
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.						SI		NO	**X**	
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), 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.

Andres Montilla.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2022**

FIRMA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación | Fecha de Radicación: LIBRE

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] | B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 59

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Montilla	Pardo	Guillermo	Andres
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1022324579	Femenino [ ] Masculino [X]	09 / 05 / 1996

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] Condición [ ]			Positiva	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
$1.160.000	Cra 80 A # 69B - 54 Apt 202		3102584719
Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Departamento
guardiapantalla21@hotmail.com	Bogotá	Engativá	Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B	1067	
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva
ANDRES MONTILLA	1022324579

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SV [ ] Cant. [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto [illegible] [ ]
62. Documento en que conste la pérdida [illegible] o el certificado de defunción [illegible] los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres [ ]
63. Copia de la autorización de traslado [illegible] de la Superintendencia Nacional de Salud [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia [illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación [ ]

23 AGO 2022 — 6d 694 Rosalba Sichacá D — SIN LUGAR A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Mes aplte agosto, paga en Septiembre retiro con el grado en el ultimo pago.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned by TapScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

GUILLERMO ANDRES MONTILLA POVEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.324.579**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Agosto del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que GUILLERMO ANDRES MONTILLA POVEDA, con Cédula Ciudadanía No. 1022324579 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 20/08/2022 y fecha fin de contrato 23/01/2023 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201018358522.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 19 días del mes de agosto de 2022

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Andres Montilla

Impreso por Internet el 19/08/2022 03:36:02 p. m.
ISCDC: 19/08/2022 03:36:02 p. m.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **24/08/2022**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
IDRD

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GUILLERMO ANDRES MONTILLA POVEDA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1022324579**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**466100054058**
Saldo a la fecha	**442,906.43 Pesos**
Fecha de apertura	**05/10/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ARL-CTO-2061-2022.pdf	1. ARL-CTO-2061-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP- CTO- 2061-2022.pdf	2. CRP- CTO- 2061-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS 1 INFORME No 1 CTO 2061 MES DE AGOSTO 2022.zip	EVIDENCIAS 1 INFORME No 1 CTO 2061 MES DE AGOSTO 2022.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Andres Montilla.
Guillermo Andres Montilla Poveda
CC. 1022324579

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

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	1022324579
NOMBRES	GUILLERMO ANDRES
APELLIDOS	MONTILLA POVEDA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	13/06/2012	13/08/2022	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/24/2022 17:23:36	Estación de origen:	2801:12:c800:2070::1

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

Andres Montilla.

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: APOYO DE ACTIVIDADES EN LA IED LAUREANO GOMEZ	DD	MM	AA
ACTA No. N.A		24	8	2022

LUGAR: PARQUE SAN ANDRES BOCHICA **HORA DE INICIO:** 9:00 **HORA FIN:** 14:00

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
ANDRES MONTILLA	FORMADOR	DEPORTES - IDRD
EDISSON MANRIQUE RODRIGUEZ	GESTOR IED	DEPORTES - IDRD

ORDEN DEL DIA

1- APOYO CLASES DE FUTBOL

TEMAS TRATADOS

1.Desarrollo Operativo:

El formador ANDRES MONTILLA el día 24 de agosto de 2022 desarrolla actividades de apoyo como formador de fútbol de salón en el parque san andres con los escolares de la Institución Educativa Laureano Gómez, en donde atendió un grupo de escolares de 9am a 11am recibiendolos en las rutas solicitando a las docentes encargadas y auxiliares de ruta la cantidad de escolares que recibe, al terminar la clase hace entrega de los escolares asignados a las docentes acompañantes en la ruta, de 12pm a 2pm desarrolla la segunda clase realizando el mismo procedimiento de la jornada de la mañana, se agradece por el gran apoyo realizado por el formador.

COMPROMISOS

TEMA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE PARA SU REALIZACIÓN

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN					
¿Se logró el objetivo?	SI	x	NO		
Observaciones					

Siendo las 14:00 se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	Edisson Manrique	FIRMA	N.A	N.A
NOMBRE	EDISSON MANRIQUE RODRIGUEZ	NOMBRE	N.A	N.A
CARGO	GESTOR IED	CARGO	N.A	N.A

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	EDISSON HUMBERTO MANRIQUE RODRIGUEZ