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.	02		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	09	2022

No. DEL CONTRATO Y FECHA
CTO-IDRD 1726 DEL 11 DE JULIO DE 2022
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2022800701601743E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALVAREZ SANCHEZ ALEJANDRO	Registre nombre Y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1022338426	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSIÓN.	Registre el objeto Del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$14.700.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	28 DE JULIO DE 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	19 DE MARZO DE 2023	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	1 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: 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.	**Actividad:** Durante el año se elaboran y se desarrollan las diferentes sesiones de clase teniendo en cuenta el desarrollo de lasdiferentes competencias que debe formar al estudiante en el centro de interés de fútbol. **Evidencia:** Planeación de las sesiones de clase que se realizan con base en las diferentes competencias. **Ubicación:** Sistema de información misional y secop II en carpeta comprimida zip mes de septiembre subcarpeta obligación 1. https://sim1.idrd.gov.co/SIM/JornadaEscolarComplementaria_2022/G https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6406903
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo conlos programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.	**Actividad**: Se está atento a los lineamientos de la construcción y mejoramiento continuo de la malla curricular del componente social y pedagógico. **Evidencia:** Malla curricular **Ubicación:** Secop II en carpeta comprimida zip mes de septiembre subcarpeta obligación 2. https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6406903
Obligación No. 3: 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	**Actividad:** Se planean sesiones de clase en los tiempos establecidos por la Jornada Escolar Complementaria durante este periodo contractual para el centro de interés de fútbol en la IED Julio Flórez, **Evidencia:** Se realiza registro de las sesiones de clase y asistencia de los estudiantes a la misma.

<table>
<tr>
<td>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), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registraR laasistenciay accidentes (en casoque 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>
<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>HORARIOS</th><th>CLASE PLANEADA</th><th>CLASE EJECUTADA</th></tr>
<tr><td>1</td><td>LUNES Y MIERCOLES 6:10 A 8:10</td><td>5-7-12-14</td><td>5-7-12-14</td></tr>
<tr><td>2</td><td>LUNES 8:10 A 10:10 MARTES 10:20 A 12:20</td><td>5-6-12-13</td><td>5-6-12-13</td></tr>
<tr><td>3</td><td>MARTES Y JUEVES 12:20 A 2:20</td><td>1-6-8-13-15</td><td>1-6-8-13-15</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MIERCOLES Y JUEVES 8:10 A 10</td><td>1-7-8-14-15</td><td>1-7-8-14-15</td></tr>
</table>
Ubicación: Secop II en carpeta comprimida Zip mes de subcarpeta agosto obligación 3.

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6406903
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación 4: Asistir/participar 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, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.</td>
<td>
Actividad: Se asiste a las reuniones programadas por la Jornada Escolar Complementaria, tanto de la IED como del grupo de centro de interés.

Evidencia:
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>HORA</th><th>TEMA</th><th>PLATAFORMA</th></tr>
<tr><td>02-9-22</td><td>4:00pm</td><td>Operativa</td><td>Teems</td></tr>
<tr><td>12-9-22</td><td>5:00pm</td><td>Operativa</td><td>Teems</td></tr>
</table>
Ubicación: La evidencia de reunión que se encuentran en el Secop II en carpeta comprimida zip mes de septiembre subcarpeta obligación 4.
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6406903
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación 5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantespara casos específicos (alergias, asma, patologías o</td>
<td>Actividades: Durante el periodo académico se solicitan a los antecedentes de los estudiantes del la IED JULIO FLOREZ.

Evidencia: Los documentos reposan en la oficina de secretaria académica del colegio</td>
</tr>
</table>

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)

lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar conlos 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.	**Ubicación**: Secretaria académica del colegio.
Obligación 6: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.	**Actividades**: Estamos a la espera de identificar los talentos deportivos y así informarles a los encargados de los semilleros. **Evidencia**: Clases del centro de interés
Obligación 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar 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.	**Actividades**: Se está a la espera de ser solicitado para apoyar algún tipo evento. **Evidencias**: : Se está a la espera de ser solicitado para apoyar algún tipo evento. **Ubicación**: : Se está a la espera de ser solicitado para apoyar algún tipo evento.
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	$125.200
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	$160.200
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 24.500
	TOTAL	$309.900

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
ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ
CC1022338426

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

EN EL PRESENTE PERIODO EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS.

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79747015
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-1726-2022**						
2	Nombre del Contratista	**ÁLVAREZ SÁNCHEZ ALEJANDRO**									
3	Identificación	CC	**X**	CE		**1022338426**					
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 $	**125.200,00**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**160.200,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**24.500,00**			Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
	Número de planilla	**61293462**			Fecha de	**09-09-22**	Valor pagado			**330.000,00**	
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual										
	AFC $				Ahorro Voluntario						
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	**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 (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.

Dada en Bogotá D.C. a los: D **30** MM **9** AA **2022**

	FIRMA

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ	**NIT:**	1022338426
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2022
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2022
Número de Radicación:	61293462	**Total a pagar:**	$330,000
Fecha de vencimiento:	08/09/2022	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/09/2022	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	1645163491
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$24,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$160,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$20,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$125,200
						$330,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 61293462, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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	1022338426	ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ		CL 57 C 77 K 51 SUR	4776960	entrenadoralejandroalvarez@hotmail.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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	16/08/2022	60503237	$332.700	

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	125.000	0		0		0	11	1.200	0	126.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	160.000	0	0	0	0	11	1.600	0	161.600	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	24.400				24.400	11	300	24.700			244	24.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	11	200	20.200	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	126.200
Pensión	1	160.000	161.600
Riesgos Laborales	1	24.400	24.700
CCF	1	20.000	20.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	332.700

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

Escaneado con CamScanner

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ		COORDINADOR	CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS			
FECHA REVISIÓN	2022-09-13 21:56:15		Mes	Agosto			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	JULIO FLOREZ,	1	**Lunes,06:10:00,08:10:00** 1-8-29 **Miercoles,06:10:00,08:10:00** 3-10-17-24-31	1-3-8-10-17-24-29-31		34	34
	JULIO FLOREZ,	2	**Lunes,08:10:00,10:10:00** 1-8-29 **Martes,10:20:00,12:20:00** 2-9-16-23-30	1-2-8-9-16-23-29-30			
	JULIO FLOREZ,	3	**Martes,12:20:00,14:20:00** 2-9-16-23-30 **Jueves,12:20:00,14:20:00** 4-11-18-25	2-4-9-11-16-18-23-25-30			
	JULIO FLOREZ,	4	**Miercoles,08:10:00,10:10:00** 3-10-17-24-31 **Jueves,08:10:00,10:10:00** 4-11-18-25	3-4-10-11-17-18-24-25-31			

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ
CC 1022338426

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ		COORDINADOR	CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS			
FECHA REVISIÓN	2022-09-14 21:11:27		Mes	Septiembre			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	JULIO FLOREZ,	1	**Lunes,06:10:00,08:10:00** 5-12 **Miercoles,06:10:00,08:10:00** 7-14	5-7-12-14		18	15
	JULIO FLOREZ,	2	**Lunes,08:10:00,10:10:00** 5-12 **Martes,10:20:00,12:20:00** 6-13	5-6-12-13			
	JULIO FLOREZ,	3	**Jueves,12:20:00,14:20:00** 1-8-15 **Martes,12:20:00,14:20:00** 6-13	1-6-8-13			
	JULIO FLOREZ,	4	**Jueves,08:10:00,10:10:00** 1-8-15 **Miercoles,08:10:00,10:10:00** 7-14	1-7-8			
FECHA - HORARIO	2022-09-12 (17:00:00 - 17:55:00)		TEMA	Temáticas relacionadas con componentes Operativo y Pedagógico			

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED
APOYO A LA SUPERVISIÓN

ALEJANDRO ALVAREZ SANCHEZ
CC 1022338426

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

Datos guardados

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ARL- CTO-1726-2022.pdf	1. ARL- CTO-1726-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP - 1726-2022.pdf	2. CRP - 1726-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ALVAREZ SANCHEZ EVI. 1726 AGOSTO.rar	ALVAREZ SANCHEZ EVI. 1726 AGOSTO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ALVAREZ SANCHEZ ALEJANDRO 1726 SEPT.rar	ALVAREZ SANCHEZ ALEJANDRO 1726 SEPT.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Claudia Enelia Arboleda Barrios CC 38257650 – Gestora IED – Apoyo a la Supervisión



ADRES

La salud es de todos Minsalud



CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED

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	1022338426
NOMBRES	ALEJANDRO
APELLIDOS	ALVAREZ SANCHEZ
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/12/2022 00:41:28	Estación de origen:	192.168.70.220

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.