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

MEMORANDO

13 DIC 2018

Radicado IDRD No 20185100745013

Bogotá D.C, 29/11/2018

PARA: Jhair Fernando Orrego Pereira.
Subdirector de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de NOVIEMBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2460 -2018 . Expediente Virtual No. 20188002011024 29E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales MORENO BERNAL AURA ALICIA. CPS No 2460 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

HUMBERTO PEÑUELA CASTIBLANCO
PROFESIONAL GESTOR IED.

Anexo: (18 ) FOLIOS (1) CD
Elaboró: GERMAN PRIETO– Contratista TEC – Deportes



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.12.13 14:18:55 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. | 5 | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DEL INFORME | dd | mm | aa |
| | 30 | 11 | 2018 |

| No. DEL CONTRATO Y FECHA |
|---|
| 2640 del 2018 |
| No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL |
| 20188002011024 29E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | Aura Alicia Moreno Bernal | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1.030.559.070 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en deporte de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario. | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | El plazo de ejecución será de cuatro (4) meses y siete (7) días, contados a partir de la suscripción del acta de iniciación, previa aprobación de la garantía única (en los casos en los que requiera) y expedición del registro presupuestal. | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | Nueve millones cuatrocientos quince mil cuatrocientos ochenta y ocho pesos ($9.415.488) pesos moneda legal colombiana | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 16 de julio del 2018 | Registre la fecha de inicio del acta |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN | 30 de noviembre de 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 | 26 de octubre al 30 de noviembre del 2018 | 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, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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 | Avance, evidencias y ubicación |
|---|---|
| **Obligación No. 1:** Presentar al Supervisor del Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato, una propuesta de Plan Formador para cada grupo asignado de estudiantes de acuerdo con el Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular entregada por el proyecto | **Avance**<br>La propuesta Plan Formador, se finalizó para el cuarto bimestre del año 2018, teniendo en cuenta los parámetros establecidos para el ciclo 2, la malla curricular y el plan pedagógico<br><br>**Evidencia**<br>La propuesta plan formador se encuentra estructurada para el cuarto bimestre semestre académico, en la cual se caracterizó a cada grupo teniendo en cuenta sus habilidades y capacidades.<br><br>**Ubicación**<br>Reposa en el sim, en cada grupo se encuentra su plan formador, y en CD en la carpeta de la obligación 1 correspondiente al mes de octubre |
| **Obligación No. 2:** Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona. | **Avance**<br>Durante el proceso, se realizan sesiones de clase correspondientes al periodo del 26 de octubre al 30 de noviembre, sesiones de orden operativo, pedagógico y social.<br><br>**Evidencia**<br>Durante el proceso se han ejecutado las siguientes sesiones para cada uno de los grupos en las siguientes fechas:<br><br>**Porras 1:** impactado en el horario de 8:30 a 10:30 am los días martes y jueves en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro<br><br>**30 de octubre:** asisten 4 de 12 estudiantes<br>**1 de noviembre:** asisten 3 de 12 estudiantes<br>**6 de noviembre:** asisten 7 de 12 estudiantes<br>**8 de noviembre:** asisten 5 de 12 estudiantes<br><br>**Porras 2:** impactado en el horario de 13:00 a 15:00 pm los días martes y jueves en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez |

# 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.**

| | |
|---|---|
| | **30 de octubre:** asisten 17 de 19 estudiantes<br>**1 de noviembre:** asisten 14 de 19 estudiantes<br>**6 de noviembre:** asisten 15 de 19 estudiantes<br>**8 de noviembre:** asisten 14 de 19 estudiantes<br><br>**Porras 3:** impactado en el horario de 8:30 a 10:30 am los días miércoles y viernes en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez<br><br>**31 de octubre:** asisten 9 de 12 estudiantes<br>**2 de noviembre:** asisten 9 de 12 estudiantes<br>**7 de noviembre:** asisten 6 de 12 estudiantes<br>**9 de noviembre:** asisten 6 de 12 estudiantes<br><br>**Porras 4:** impactado en el horario de 13:00 a 15:00 pm los días miércoles y viernes en en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez<br><br>**31 de octubre:** asisten 7 de 9 estudiantes<br>**2 de noviembre:** asisten 5 de 9 estudiantes<br>**7 de noviembre:** asisten 6 de 9 estudiantes<br>**9 de noviembre:** asisten 5 de 9 estudiantes<br><br>Además, se realizaron las siguientes actividades de orden operativo, pedagógico y social:<br><br>• **26 de octubre:** se lleva a cabo sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm, en la cual se habló sobre las actividades pendientes durante el mes de noviembre, además, se habló sobre las actividades de calusura del programa en la IED.<br>• **29 de octubre:** se realiza sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm con el fin de compartir el informe general del programa TEC durante el año 2018 en la IED.<br>• **2 de noviembre:** Se lleva a cabo sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm, con el objetivo de hacer una evaluación de las actividades prestadas en la IED y el saldo de sesiones para cada formador. Además, se habló sobre la importancia de llevar a cabalidad con las obligaciones contractuales para ofrecer siempre el mejor servicio a la comunidad educativa.<br>• **13 de noviembre:** Se realiza sesión operativa |

# 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 las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 8:00 am a 13:00 pm, con el objetivo de conocer la evaluación realizada por la IED a el grupo de formadores que acompañaron el proceso durante el año 2018<br><br>**UBICACIÓN**<br>(Actas de sesiones) En CD adjunto en la carpeta de la obligación 2 correspondiente al mes de octubre. |
| **Obligación No. 3:** Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio. | **AVANCE**<br>La solicitud de usuario y contraseña fue solicitada el día 17 de julio al correo soportetiempoescolarc@gmail.com y el día 20 de julio se recepcionó respuesta de solicitud de ingreso al sim<br><br>**EVIDENCIA**<br>Se encuentra trabajando actualmente en la plataforma SIM alimentándola con registro de grupos, estudiantes y asistencias en los tiempos establecidos<br><br>**UBICACIÓN**<br>En CD adjunto en la carpeta de la obligación 3. |
| **Obligación No. 4:** Realizar la inscripción, y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto | **AVANCE**<br>Durante el periodo, se han actualizado los grupos y estudiantes asistentes al centro de interés. Además se ha realizado inscripción de las sesiones clase pertenecientes del 26 de septiembre al 25 de octubre del año en curso.<br><br>**UBICACIÓN**<br>En el proceso se ha realizado la creación e inscripción de los grupos y estudiantes. Además, se ha registrado sesiones clase y asistencias así:<br><br>• **Porras 1:** 30 de octubre, 1,6 y 8 de noviembre<br>• **Porras 2:** 30 de octubre, 1,6 y 8 de noviembre<br>• **Porras 3:** 31 de octubre, 2, 7 y 9 de noviembre<br>• **Porras 4:** 31 de octubre, 2, 7 y 9 de noviembre<br><br>El registro de asistencia se reportó en la plataforma durante los tiempos establecidos.<br><br>**UBICACIÓN:**<br>Reposa en el sim y en CD en la carpeta de la obligación 4 correspondiente al mes de octubre. |
| **Obligación No. 5:** Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de | **AVANCE**<br>En el proceso se registró a la plataforma SIM las sesiones de clase y asistencias correspondientes al periodo 26 de octubre al 30 de noviembre |

# 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.**

| | |
|---|---|
| los dos (2) primeros días calendario de cada quincena | **EVIDENCIA**<br>Durante el proceso, se planearon y ejecutaron las sesiones clase a partir del 26 de octubre al 30 de noviembre así:<br><br>**Porras 1:** impactado en el horario de 8:30 a 10:30 am los días martes y jueves en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro<br><br>**30 de octubre:** asisten 4 de 12 estudiantes<br>**1 de noviembre:** asisten 3 de 12 estudiantes<br>**6 de noviembre:** asisten 7 de 12 estudiantes<br>**8 de noviembre:** asisten 5 de 12 estudiantes<br><br>**Porras 2:** impactado en el horario de 13:00 a 15:00 pm los días martes y jueves en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez<br><br>**30 de octubre:** asisten 17 de 19 estudiantes<br>**1 de noviembre:** asisten 14 de 19 estudiantes<br>**6 de noviembre:** asisten 15 de 19 estudiantes<br>**8 de noviembre:** asisten 14 de 19 estudiantes<br><br>**Porras 3:** impactado en el horario de 8:30 a 10:30 am los días miércoles y viernes en en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez<br><br>**31 de octubre:** asisten 9 de 12 estudiantes<br>**2 de noviembre:** asisten 9 de 12 estudiantes<br>**7 de noviembre:** asisten 6 de 12 estudiantes<br>**9 de noviembre:** asisten 6 de 12 estudiantes<br><br>**Porras 4:** impactado en el horario de 13:00 a 15:00 pm los días miércoles y viernes en en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez<br><br>**31 de octubre:** asisten 7 de 9 estudiantes<br>**2 de noviembre:** asisten 5 de 9 estudiantes<br>**7 de noviembre:** asisten 6 de 9 estudiantes<br>**9 de noviembre:** asisten 5 de 9 estudiantes<br><br>**UBICACIÓN:**<br>Reposa en el sim, y en CD en la carpeta de la obligación 5 correspondiente al mes de octubre |
| **Obligación No. 6:** Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones músculo- | **AVANCE**<br>Durante el proceso, se les indaga a los estudiantes pertenecientes al centro de interés de porras si padecen alguna condición médica especial, patologías |

# 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.**

| | |
|---|---|
| esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes. | o lesiones músculo-esqueléticas.<br>**EVIDENCIA**<br>Se encontró que la estudiante Gelen Bayona del curso 803, perteneciente al grupo 4 y de acuerdo a dictamen médico, es una paciente monorenal, la cual no puede recibir contacto cuerpo a cuerpo en la zona lumbar, por lo cual con esta estudiante, se evita realizar ejercicios excesivos de fuerza y se eliminan los desmontes en decúbito supino y decúbito ventral para evitar el contacto de los brazos en la zona. Se indaga con la mamá sobre el estado de salud de la estudiante y las recomendaciones realizadas por el médico.<br>Además, se solicita una copia del dictamen médico para planear las actividades que la estudiante puede realizar.<br><br>**UBICACIÓN:**<br>Esta información reposa en la carpeta que lleva el docente acompañante, se adjunta el registro fotográfico del dictamen médico. |
| **Obligación No. 7:** Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS. | **AVANCE**<br>Durante el proceso, se le solicito a los estudiantes la fotocopia de carné de afiliación o certificado que avale que pertenèce a una entidad prestadora de salud, además de la copia del documento y circular de autorización del padre de familia.<br><br>**EVIDENCIA**<br>Esta documentación la porta el docente acompañante en caso de cualquier eventualidad.<br><br>**UBICACIÓN**<br>Esta información reposa en la carpeta que lleva el docente acompañante, se adjunta el registro fotográfico de las mismas |
| **Obligación No. 8**: Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional. Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED. | **AVANCE**<br>Durante el presente periodo de actividades, no se presentaron novedades.<br><br>**EVIDENCIA**<br>Durante el proceso, se refuerza la seguridad en la ejecución de los diferentes ejercicios logrando evitar nuevos accidentes en el desarrollo de la sesión.<br><br>Durante el proceso se han identificado los siguientes estudiantes que cumplen con condiciones para pertenecer a los semilleros TEC:<br><br>• Erika Julieth Pedraza |

# 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.**

| | |
|---|---|
| | • Jenifer Galan Escamilla<br>• Deivy Santiago Tovar Neira<br>• Gabriel Gutierrez Guevara<br>• Paula Manuela Díaz Narvaez<br>• Vanessa Hernandez Gamba<br>• Maydda Rojas Aguilar<br>• Danna Sharick Ricaurte Castillo<br>• Juan Camilo Padilla Esquea<br>• Juan Manuel Parra Salamanca<br>• Erick Dubemey Sanabria Ortiz<br>• Shamanta Rojas Aguilar<br>• Espinoza Salazar Yised<br>• Lideth Batista Ortega<br>• Michel Daniela Montoya Nova<br>• Julitza Vazques Homes<br>• Jennifer Andrea Quiza Pulgarin<br>• Sofia Rodriguez Cubillos<br>• Camila Katherine Torres<br>• Maria Alexandra Daza<br>• Valentina Lopez Gomez<br>• Maria Fernanda Perilla<br>• Mayerli Gallego Castaño<br>• Paula Andrea Lozano Díaz<br>• Alejandra Vargas Aranda<br>• Leidy Quintero<br>• Laura Lizeth Ariza<br>• Lizeth Tatiana Ayala Pacheco<br>• Angélica Collazos Calderon<br>• Karen Juliana Arevalo<br>• Valeria Echavarria Echavarria<br>• Mariam Lamprea Iriarte<br>• Natalia Carreño Mesa<br>• Angela Rocha Gonzalez<br>• Alejandra Silva<br>• Yaren Acevedo Pasto<br>• Geraldine Gustines Villamil<br>• Maria Paulia Guzman Pulido<br>• Lizeth Dayana Nuñez Cantillo<br>• Axel David Ruiz Piragua<br>• Sneider Ramirez Ortiz<br>• Ingrid Tatiana Cruz<br>• Karol Aranguren<br><br>**UBICACIÓN**<br>En el sim o registro de actas (en caso de que se requiera), se adjunta registro fotográfico del acta de accidentalidad. |

# 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. 9**: 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. | **AVANCE**<br>En el periodo de tiempo correspondiente al 26 de octubre al 30 de noviembre se ha asistido a sesiones de orden operativo, pedagógico y social.<br><br>**EVIDENCIA**<br>Durante el proceso se han asistido a las siguientes actividades:<br><br>• **26 de octubre:** se lleva a cabo sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm, en la cual se habló sobre las actividades pendientes durante el mes de noviembre, además, se habló sobre las actividades de clausura del programa en la IED.<br>• **29 de octubre:** se realiza sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm con el fin de compartir el informe general del programa TEC durante el año 2018 en la IED.<br>• **2 de noviembre:** Se lleva a cabo sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 11:00 am a 13:00 pm, con el objetivo de hacer una evaluación de las actividades prestadas en la IED y el saldo de sesiones para cada formador. Además, se habló sobre la importancia de llevar a cabalidad con las obligaciones contractuales para ofrecer siempre el mejor servicio a la comunidad educativa.<br>• **13 de noviembre:** Se realiza sesión operativa en las instalaciones de la IED Carlos Pizarro Leongomez de 8:00 am a 13:00 pm, con el objetivo de conocer la evaluación realizada por la IED a el grupo de formadores que acompañaron el proceso durante el año 2018<br><br>**UBICACIÓN**<br>Registro fotográfico de las actas guardadas en la obligación 9 del cd |
| **Obligación No. 10:** Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED. | **AVANCE**<br>Durante el proceso se identificaron estudiantes que cumplen condiciones para pertenecer a los semilleros TEC, los cuales participaron en el festival de verano de porras ocupando tercer y cuarto lugar. |

# 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.**

| | |
|---|---|
| | **EVIDENCIA**<br>A continuación se relacionan los estudiantes identificados.<br><br>• Erika Julieth Pedraza<br>• Jenifer Galan Escamilla<br>• Deivy Santiago Tovar Neira<br>• Gabriel Gutierrez Guevara<br>• Paula Manuela Díaz Narvaez<br>• Vanessa Hernandez Gamba<br>• Maydda Rojas Aguilar<br>• Danna Sharick Ricaurte Castillo<br>• Juan Camilo Padilla Esquea<br>• Juan Manuel Parra Salamanca<br>• Erick Duberney Sanabria Ortiz<br>• Shamanta Rojas Aguilar<br>• Espinoza Salazar Yised<br>• Lideth Batista Ortega<br>• Michel Daniela Montoya Nova<br>• Julitza Vazques Homes<br>• Jennifer Andrea Quiza Pulgarin<br>• Sofia Rodriguez Cubillos<br>• Camila Katherine Torres<br>• Maria Alexandra Daza<br>• Valentina Lopez Gomez<br>• Maria Fernanda Perilla<br>• Mayerli Gallego Castaño<br>• Paula Andrea Lozano Díaz<br>• Alejandra Vargas Aranda<br>• Leidy Quintero<br>• Laura Lizeth Ariza<br>• Lizeth Tatiana Ayala Pacheco<br>• Angélica Collazos Calderon<br>• Karen Juliana Arevalo<br>• Valeria Echavarria Echavarria<br>• Mariam Lamprea Iriarte<br>• Natalia Carreño Mesa<br>• Angela Rocha Gonzalez<br>• Alejandra Silva<br>• Yaren Acevedo Pasto<br>• Geraldine Gustines Villamil<br>• Maria Paulia Guzman Pulido<br>• Lizeth Dayana Nuñez Cantillo<br>• Axel David Ruiz Piragua<br>• Sneider Ramirez Ortiz<br>• Ingrid Tatiana Cruz |

# 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.**

| | |
|---|---|
| | • Karol Aranguren<br><br>**UBICACIÓN**<br>Se remiten y se informa al gestor IED |
| **Obligación No. 11:** Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente ó curso de primeros auxilios ó curso de alturas ó salvamento acuático dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según la normatividad vigente. | **AVANCE**<br>Se realiza entrega del certificado de primer respondiente al gestor el 25 de julio del 2018<br><br>**EVIDENCIA**<br>Se hace entrega del certificado con el primer informe entregado el mes de julio.<br><br>**UBICACIÓN**<br>Registro fotográfico de la certificación obligación 11 cd |
| **Obligación No. 12:** Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio. | **EVIDENCIA**<br>Durante el proceso, se dio a conocer el protocolo de acción en el caso de existir vulnerabilidad de los derechos de los niños, además de la ley 1098 de 2006 y manual de convivencia, con el fin de tener las herramientas para ser garante de los derechos de los niños pertenecientes al programa TEC |
| **Obligación No. 13:** Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato<br>Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato. | **EVIDENCIA**<br>Durante el proceso, aún no han sido asignadas más obligaciones, sin embargo me encuentro en disposición de cumplir aquellas que sean asignadas |
| **Obligación No. 14:** Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI. | **EVIDENCIA**<br>Me encuentro en disposición de dar cumplimiento al acuerdo de confidencialidad. |
| **Declaración**: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. | |

## 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | Famisanar | $97.700 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | Porvenir | $125.000 |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | Positiva | $8.200 |
| | TOTAL | $230.900 |

# 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.**

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

Firma Contratista

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

La formadora cumple con la ejecución de sus obligaciones contractuales.

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Humberto Peñuela Castiblanco
N° de Identificación: 80.368.375
Profesional 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. | | | | | **2640 del 2018** | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | **Aura Alicia Moreno Bernal** | | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | x | CE | | **1030559070** | | | |
| 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<br>c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | | | | | | SI | | NO x |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **97.700,00** | | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | **125.000,00** | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **8.200,00** | | | | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente | | | |
| 9 | Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual | | | | | | | | |
| | AFC $ | | | | | Ahorro Voluntario Pensión $ | | | |
| 10 | Intereses en créditos de vivienda de habitación.<br>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)<br>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.<br>a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo | | | | | | SI | | NO x |
| | b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | SI | | NO x |
| | c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | | NO x |
| | d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | | NO x |
| | e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | | NO x |
| 13 | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | | | SI | | NO x |
| 14 | **(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de: | | | | | | | | % |

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

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

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **11** AA **2018**

Aura Alicia Moreno

FIRMA

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1030559070 | AURA ALICIA MORENO BERNAL | Calle 36B sur #14C31 | 3135282701 | alimore90@outlook.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2018-11 | 2018-11 | I | 14/11/2018 | 31173938 | $246.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 97.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 97.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 125.000 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 8.200 | | | | 8.200 | 0 | 0 | 8.200 | | | 82 | 8.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 15.700 | 0 | 0 | 15.700 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

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

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

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

1739

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

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 | 1030559070 | AURA ALICIA MORENO BERNAL | | Calle 36B sur #14C31 | 3135282701 | atimore90@outlook.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | 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 | |
| 2018-11 | 2018-11 | I | 14/11/2018 | 31173938 | $246.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza en el exterior | Duplicada | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1030559070 | MORENO BERNAL AURA ALICIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 781.242 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 781.242 | 97.700 | 14-23 | 781.242 | 2 | 8.200 | CCF24 | 781.242 | 15.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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. | | | | | **2640 del 2018** | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | **Aura Alicia Moreno Bernal** | | | | | | | | |
| 3 | Identificación | CC | x | CE | | **1030559070** | | | | |
| 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<br>c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | | | | | | | SI | | NO | x |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **99.200,00** | | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | | **126.900,00** | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **8.300,00** | | | | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la 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.<br>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)<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| 12 | Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi. | | | | | | | | | | |
| | a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| | b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| | c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| | d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| | e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | SI | | NO | x |
| 13 | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | | | | SI | | NO | x |
| 14 | **(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de: | | | | | | | | | % | |

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

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

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **25** MM **10** AA **2018**

Aura Alicia Moreno B

FIRMA

45

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | AURA ALICIA MORENO BERNAL |
| **No. Identificación:** | CC1030559070 |
| **Dirección:** | CALLE 36B SUR #14C31 |
| **Telefono:** | 3135282701 |
| **Correo:** | alimore90@outlook.com |
| **Ciudad:** | SOACHA |
| **Número de Planilla:** | 8331183782 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | AURA ALICIA MORENO BERNAL | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1030559070 | **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2018 |
| **Número de planilla** | 8331183782 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2018 |
| **Fecha pago** | 2018-11-13 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 31173594 | **Total Pagado** | 250300 |
| **Banco** | 1052 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 8300 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 126900 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 15900 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 99200 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030559070
APELLIDOS Y NOMBRES: AURA ALICIA MORENO BERNAL

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230301 | 792883 | 792883 | 792883 | 792883 | 99200 | 0 | 126900 | 0 | 8300 | 0 |

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

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

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

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

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

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1030559070 |
| NOMBRES | AURA ALICIA |
| APELLIDOS | MORENO BERNAL |
| 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 | FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO | CONTRIBUTIVO | 01/06/2015 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 11/14/2018 11:38:06 | Estación de origen: | 186.154.32.170 |
|---|---|---|---|

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.