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.	6		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	30	1	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2142 del 12 de Agosto 2022
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2022800701602153E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ESPINOSA SOLÓRZANO OSCAR IVÁN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.012.351.143	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	(5) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DOCE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS $ 12.250.000	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)	DEL 8 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE DE 2022 (9 DIAS) DEL 10 DE DICIEMBRE DEL 2022 AL 22 DE ENERO DEL 2023 (43 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACION	13 DE MARZO DEL 2023	Registre fecha de terminación establecida luego delassuspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 23 DE ENERO DE 2023 AL 30 DE ENERO DEL 2023	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	Avance, evidencias y ubicación
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.	**Avance:** Se da cumplimiento a esta obligación los documentos pedagógicos del centro de interés se encuentran en el drive de seguimiento, en donde se especifica el proceso pedagógico por ciclo y grupos**,** los cuales están sujetos a la planeación de sesiones clase y al proceso de formación de los escolares. **EVIDENCIA**: se adjunta en el drive en la carpeta obligación n1. **UBICACIÓN:** este documento esta subido en las evidencias del drive. OBLIGACION 1 Esta información también reposa en el secop
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 elproyecto, 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 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.	**Avance:** Se lleva a cabo las jornadas de cualificación de documentos, en los cuales se da la información pertinente y se administra las autorizaciones y permisos para la participación de los estudiantes a la jornada extendida, teniendo en cuenta las jornadas establecidas por el territorial y la IED, esto correspondiente desde 23 de ENERO hasta el 30 de ENERO 2023. • MARTES 24 ENERO recepción de carpeta y documentos requeridos • MIÉRCOLES 25 ENERO información a cada unos de los cursos y entrega de circulares jornada mañana y tarde • JUEVES 26 DE ENERO recepción de documentos por parte de los estudiantes • VIERNES 26 DE ENERO cualificación y entrega de carpetas • LUNES 30 ENERO cualificación y empalme malla curricular

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)

Obligación No. 3: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, 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.	**Avance:** Se solicitarán los documentos señalados, antecedentes y condiciones médicas mediante el docente enlace de la IED VILLAS DEL PROGRESO para así dar cumplimiento a esta obligación.
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..	**AVANCE**: En este momento no existen estudiantes en semilleros, Se llevara el proceso adecuado para la identificación de posibles talentos bajo la supervisión del GESTOR IED. Por medio de las clases del centro de interés se realizó la captación por medio del rendimiento ofrecido por los estudiantes.
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.	**AVANCE:** Se da cumplimiento a esta obligación con el fin de promover y apoyar por medio de una formación deportiva e integral, a todos los escolares que son beneficiados con el programa jornada escolar complementaria, en la VILLAS DEL PROGRESO y los demás niños beneficiarios. Respetando la normas establecidas por el programa JEC y la IED.
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,	**AVANCES:** ***REUNIONES OPERATIVAS Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE NIVEL OPERATIVO, PEDAGÓGICO Y SOCIAL POR MEDIO VIRTUAL*** • ***24/01/2023*** ***REUNIÓN OPERATIVA*** ***A cargo de gestor y docentes***

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.	***enlaces.*** ***Temas: inicio escolar, documentos de los estudiantes, entrega de carpetas y listados*** ***Lugar: IED VILLAS DEL PROGRESO 10:00 AM A 12:00 PM*** ***EVIDENCIA:*** FOTO ***UBICACIÓN:*** REPOSA EN LA CARPETA DEL DRIVE EN LA OBLIGACIÓN 6. **OBLIGACION 6** **Esta información también reposa en el secop**
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:*** Se da cumplimiento a esta obligación, contando con los artefactos y equipos tecnológicos para el desarrollo de las obligaciones y así su cumplimiento.
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 compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.	***AVANCES:*** Se acata la normatividad y cumplimiento de esta obligación teniendo en cuenta lo estipulado por la resolución 424 de 2021, para así proteger y velar por la seguridad de la comunidad educativa, partiendo de principios profesionales y el desarrollo contractual del proyecto.
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	$ 41.700
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$ 53.400
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	ARL POSITIVA	$ 8.200
	TOTAL	$ 103.300

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
OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO
C.C 1012351143

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

El contratista cumple con las obligaciones



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



V.B Apoyo a la supervisión
Y. Marcela Silva Florez
CC 1032405952
Gestora IED

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

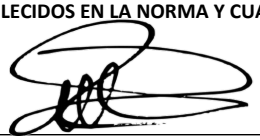
Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

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

1	Nombre del Contratista		**ESPINOSA SOLORZANO OSCAR IVAN**								
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1012351143**	**N° contrato**		**CTO-2142 DEL 2022**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600							SI		NO	**X**
7	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.										
	Número de planilla	**1050792490**		Fecha de pago	6/12/2022		Valor pagado	$	103.300,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 41.700,00**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 53.400,00**						
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**8.200,00**		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
8	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual										
	AFC $			Ahorro Voluntario Pensión $							
9	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 (2022). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo							SI		NO	**X**
10	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 (2022). Anexo							SI		NO	**X**
11	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 (2022) $9.881.040 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 (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	**X**
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será 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 **1** AA **2023**

FIRMA

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-06, 10:44:49 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1050792490

Periodo Cotización: diciembre de 2022 **Periodo Servicio:** diciembre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8834853990

PAGADO 06/12/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO		
Documento	CC1012351143	**Dirección**	CLL 83 C NO 80 L 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4490598
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1012351143	OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO	59	00		X															0	10	10	10	0	(230201) PROTECCION	$ 333.334	$ 53.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 333.334	$ 41.700	2,436	$ 333.334	$ 8.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 333.334	$ 333.334	$ 333.334	$ 0	$ 53.400	$ 41.700	$ 8.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.300	$ 0	$ 103.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

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	1012351143
NOMBRES	OSCAR IVAN
APELLIDOS	ESPINOSA SOLORZANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Anexa afiliación

V.B Apoyo a la supervisión
Y. Marcela Silva Florez
CC 1032405952
Gestora IED

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/10/2019	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/23/2023 20:52:41	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.

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		
	20/01/2023	Cindy Hernández (20 ene. 2023 10:48 EST)	418

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación ☐	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒	A. Contributivo ☒	A. Cotizante ☒	A. Dependiente ☐	3 Independiente
B. Reporte de Novedades ☒	• Beneficiario o afiliado adicional ☐	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia ☐	B. Independiente ☒	
	B. Colectiva / C. Institucional / D. De oficio		C. Beneficiario ☐	C. Pensionado ☐	

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESPINOSA	SOLORZANO	OSCAR	IVAN

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CCCédu	1012351143	Femenino ☐ Masculino ☒	02/04/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Positiva	Proteccion (ING + Proteccion)

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Dirección de residencia	Teléfono fijo	Teléfono celular
1.160.000	calle 71 a sur # 83-20		3115807357

Correo electrónico	Municipio	Zona Urbana / Rural	Localidad / comuna	Departamento
bruce.894@hotmail.com	BOGOTA D.C.-11001	Urbana ☒ Rural ☐	bosa	Bogotá

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

19. 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	

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

Para incluir beneficiarios diligencie la información de los campos desde el 24 hasta el 29

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

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

Selección de la IPS Primaria

Cot.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	CIUDAD BOLIVAR RED SUR	
B		
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. Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / distrito	Departamento

Marque la casilla de la novedad que desea reportar

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 ☐
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. Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ESPINOSA	SOLORZANO	OSCAR	IVAN

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CCCédula Ciudadanía	1012351143	Femenino ☐ Masculino ☒	02/04/1989	23/01/2023

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

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. ☑
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. ☑
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 ☑
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☑

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
OSCAR ESPINOSA (20 ene. 2023 09:44 EST)	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. RC ☐ Cant. TI ☐ Cant. CC ☐ Cant. PA ☐ Cant. CE ☐ Cant. CD ☐ Cant. SC ☐ Cant. Total 0
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 administrativo de custodia. ☐
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐
63. Copia de la autorización de traslado por parte 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 de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. ☐

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	69. Fecha de validación

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: Independiente / Aporte ENE

Archivo Adjunto					

Adjunte aquí sus documentos

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.

Verifique los documentos requeridos.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012351143, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230120	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Marzo de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
21443364

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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- 2142-2022.pdf	1. ARL- CTO- 2142-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP- CTO- 2142-2022.pdf	2. CRP- CTO- 2142-2022.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2142-2022 ESPINOSA SOLORZANO OSCAR IVAN.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2142-2022 ESPINOSA SOLORZANO OSCAR IVAN.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS INFORME 5 ENERO 2023.zip (Archivado)	EVIDENCIAS INFORME 5 ENERO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 6 ENERO 2023.zip	EVIDENCIAS INFORME 6 ENERO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 2142-2022 - AGOSTO 2022.zip	EVIDENCIAS INFORME 1 CPS 2142-2022 - AGOSTO 2022.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 2142-2022 - SEPTIEMBRE 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 2142-2022 - SEPTIEMBRE 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ESPINOSA SOLORZANO OSCAR IVAN INFORME-AGOSTO-2022.pdf	ESPINOSA SOLORZANO OSCAR IVAN INFORME-AGOSTO-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 2142-2022 - octubre 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 2142-2022 - octubre 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 2142-2022 - NOVIEMBRE 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 2142-2022 - NOVIEMBRE 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 2142-2022 - diciembre 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 2142-2022 - diciembre 2022 - OSCAR IVAN ESPINOSA SOLORZANO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

V.B Apoyo a la supervisión
Y. Marcela Silva Florez
CC 1032405952
Gestora IED