# 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.** | 9 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 05 | 05 | 2023 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| IDRD-STRD-CTO 1296 - 22/06/2022 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| **2022800701601417E** |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 52799569 | 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 | NUEVE (6) MESES | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | CATORCE MILLONES SETESIENTOS MIL ($14.700.000,) M/cte. | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 11- 07-2022 | 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 8-10-2022 AL 22- 01 -2023<br>DEL 01- 04 AL 10- 04- 2023 | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 04-05-2023 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | **DEL 1/05/2023 AL 4/05/2023** | 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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1:<br><br>Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, Presentando al profesional IED.</td><td>Actividades:<br><br>Teniendo en cuenta que este año se trabajara con el plan de formación integral que se elaboró el año anterior.<br>Se aplica en la IED Gerardo Molina donde estoy desde el 13 de febrero apoyando los grupos de futbol.<br><br><u>Evidencias:</u> Con evidencia en el Sistema de información misional (SIM).<br><br><u>Ubicación:</u> SIM ANYELA.SANABRIA y Carpeta Obligación 1 SECOP II # 7 del mes de Mayo</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2:<br><br>Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamie nto (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del</td><td>Actividades:<br><br>Cumpliendo con la ejecución de las clases programadas de acuerdo a los lineamientos establecidos por la gerencia del proyecto y cumplir con el objeto contractual lo mejor posible, se hace el acompañamiento a los grupos en los horarios establecidos por la IED GERARDO MOLINA de forma presencial.<br><br>Teniendo en cuenta la población atendida, las necesidades, características de los estudiantes.<br><br>
<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>CURSO</th><th>HORARIO</th><th>SESIONES PLANEADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>4° JT</td><td>Lunes y Miércoles de 10:00 a 12:00 m</td><td>03 Mayo</td><td>03 Mayo</td></tr>
<tr><td>2</td><td>4° JM</td><td>Lunes y Miércoles de 13:00 a 15:00 pm</td><td>03 Mayo</td><td>03 Mayo</td></tr>
<tr><td>3</td><td>6° J.M</td><td>Martes y Jueves de 10:00 aM 12:000 m</td><td>02,04 de Mayo</td><td>02,04 de Mayo</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce(12) horas Después de ejecutada.</td>
<td>
<table>
<tr><td>4</td><td>6° J.M</td><td>Martes y Jueves de 13:00 a 15:000 pm</td><td>02,04 de Mayo</td><td>02,04 de Mayo</td></tr>
</table>
<br><u>Evidencias</u>: Con evidencia en el Sistema de información misional (SIM).<br><br><u>Ubicación:</u> SIM, Carpeta obligación 5 # 7 secop II mes Mayo.
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 3:<br>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.</td>
<td>Actividades:<br><br>Se hace la solicitud de los documentos de forma verbal a los estudiantes, creando una carpeta de documentos y un archivo documental por cada grupo.<br><br><u>Evidencia:</u> archivo documental en Excel.<br><br><u>Ubicación:</u> Carpeta de la formadora donde reposan estos documentos y archivo en Excel del mes de Mayo.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4:<br>Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos y remitirlos al profesional encargado.</td>
<td>Actividades:<br><br>Para este periodo de actividades no se reporta ningún estudiante que cumpla con las condiciones para ingresar al componente de talentos, cuando se detecte algún estudiante será reportado.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5:<br>Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de</td>
<td>Actividades:<br><br>Dentro de los contenidos correspondientes a las clases presénciales, se tienen en cuenta las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas fomentando un ambiente agradable para todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes</td>
</tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 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. | que asisten al centro de interés de futbol, motivándolos para que hagan parte de los procesos formativos.<br>De la misma manera se les recuerda los cuidados de bioseguridad que deben tener en todo momento y en todo espacio.<br>El escenario donde se dictan estas clase es Ciudadela Cafam II (Predio los gavilanes)<br><br>GRUPO 1:Lunes y Miércoles de 10:00 a 12:00 m<br>GRUPO 2: Lunes y Miércoles de 13:00 a 15:00 pm<br>GRUPO 3: Martes y Jueves de 10:00 a 12:00 m<br>GRUPO 4: Martes y Jueves de 13:00 a 15:00 pm<br><br>**Evidencia**: Con evidencia en el Sistema de información misional (SIM).<br><br>**Ubicación:** SIM, Carpeta obligación 5 # 7 secop II mes Mayo. |
| **Obligación No. 6:**<br>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, 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 | **Actividades:**<br><br>Para este periodo de actividades no se hace ningún apoyo ni se realiza ninguna reunión a la cual deba asistir, pero estoy atenta a cualquier directriz. |

## 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)**

| | |
|---|---|
| Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General. | |
| **Obligación No. 7:** Gestionar las herramientas digitales, tecnologías y/o ofimáticas necesarias para garantizar la ejecución del contrato de manera presencial y/o virtual contando con los medios tecnológicos para la constante comunicación con el supervisor del contrato, para el cumplimiento del objeto Y obligaciones del contrato. | **Actividades:** Para este periodo de actividades cuento con todas las herramientas para poder ejecutar de manera adecuada mis sesiones de clase ya sean presenciales o virtuales, de la misma manera manejo un correo electrónico y WhatsApp para tener una buena y oportuna comunicación con el supervisor del contrato y de la misma forma cumplir con mi objeto contractual |
| **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* in*stituto 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. | **Actividades:** Para este periodo de actividades no tengo ningún tipo de interés de los mencionados en esta obligación, pero estoy atenta a realizar el proceso correspondiente si en algún momento se presenta alguna de las situaciones mencionadas en la misma. |
| **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 | FAMISANAR | $ 145.000 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PROTECCION | $ 185.600 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | $ 28.300 |
| | **TOTAL** | $ 358.900 |

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 ipensable 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.

Anyela M. Sanabria Q.

Firma Contratista
Anyela Marcela Sanabria Quiroga.
**N° C.C. 52799569**

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

En el presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas.

Vo.Bo

Daniel Hernando Wilches
CC 79791880 Gestor IED

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro Gonzales Cárdenas
N° de Identificación: 79.747015
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 )

**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 | **SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA** | | | | | | | | |
| **2** | Identificacion | CC | **x** | CE | | **Numero** | | **N° contrato** | | **IDRD-CTO-1296-2022** |
| **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 | **1053897600** | | Fecha de pago | 5/05/2023 | | Valor pagado | $ 358.900,00 | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **$ 145.000,00** | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | | **$ 185.600,00** | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **$ 28.300,00** | | | 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.** | | | | | | | | | |
| | **De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $254.472 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes ( si no tiene dependientes colocar (0))** | | | | | | | **#** | | **0** |
| | **a)** Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo | | | | | | | SI | | NO |
| | **b)** Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | | SI | | NO |
| | **c)** Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | SI | | NO |
| | **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 |
| | **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 |
| **12** | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | | | | SI | | NO |
| **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 **5** MM **5** AA **2023**

Anyela M. Sanabria Q.

FIRMA

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-05-05, 09:58:45 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1053897600

**Periodo Cotización:** abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8840012090

## PAGADO 05/05/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | | |
| **Documento** | CC52799569 | **Dirección** | CALLE 132 A N 123 A 51 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3212040106 |
| **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 APP | 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 52799569 | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 0 | $ 358.900 |



**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!**

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-05-08, 01:22:13 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1054562059

**Periodo Cotización:** mayo de 2023 **Periodo Servicio:** mayo de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8840012090

## PAGADO 08/05/2023

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | | |
| **Documento** | CC52799569 | **Dirección** | CALLE 132 A N 123 A 51 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3212040106 |
| **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 52799569 | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 0 | $ 358.900 |



**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!**

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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 :

Anyela M. Sanabria Q.

ANYELA MARCELA SANABRIA
C.C 52.799.569
FORMADORA DEPORTIVA

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 52799569 |
| NOMBRES | ANYELA MARCELA |
| APELLIDOS | SANABRIA QUIROGA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

Daniel Hernando Wilches
CC 79791880 GESTOR IED

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 15/03/2013 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 05/08/2023 11:10:17 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1 |
|---|---|---|---|

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

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

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

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

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

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**1.RELACIÓN SESIONES**

| NOMBRE | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | COORDINADOR | DANIEL HERNANDO WILCHES BORRAS |
|---|---|---|---|
| FECHA REVISIÓN | 2023-05-18 17:59:39 | Mes | Abril |

| IED | SEDE | GRUPO | SESIONES PLANEADAS (HORARIO) | SESIONES EJECUTADAS | SESIONES NO EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLEGIO GERARDO MOLINA RAM | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 1 | **Lunes,10:00:00,12:00:00** 10-24 **Miercoles,10:00:00,12:00:00** 12-19 | 10-12-19-24 | | 20 | 20 |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 2 | **Lunes,13:00:00,15:00:00** 10-24 **Miercoles,13:00:00,15:00:00** 12-19 | 10-12-19-24 | | | |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 3 | **Martes,10:00:00,12:00:00** 11-18-25 **Jueves,10:00:00,12:00:00** 13-20-27 | 11-13-18-20-25-27 | | | |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 4 | **Martes,13:00:00,15:00:00** 11-18-25 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 13-20-27 | 11-13-18-20-25-27 | | | |

Daniel Hernando Wilches
CC 79791880 GESTOR IED

Anyela M. Sanabria Q.

ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA
C.C 52.799.569

FORMADORa deportiva

**1.RELACIÓN SESIONES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA | COORDINADOR | DANIEL HERNANDO WILCHES BORRAS |
| FECHA REVISIÓN | 2023-05-18 17:58:34 | Mes | Mayo |

| IED | SEDE | GRUPO | SESIONES PLANEADAS (HORARIO) | SESIONES EJECUTADAS | SESIONES NO EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLEGIO GERARDO MOLINA RAM | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 1 | **Miercoles,10:00:00,12:00:00** 3 | 3 | | 6 | 6 |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 2 | **Miercoles,13:00:00,15:00:00** 3 | 3 | | | |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 3 | **Martes,10:00:00,12:00:00** 2 **Jueves,10:00:00,12:00:00** 4 | 2-4 | | | |
| | GERARDO MOLINA RAMIREZ, | 4 | **Martes,13:00:00,15:00:00** 2 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 4 | 2-4 | | | |

Anyela M. Sanabria Q.

ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA

C.C 52.799.569

FORMADORA DEPORTIVA

Daniel Hernando Wilches
CC 79791880 Gestor IED

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

Datos guardados

## Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. ARL CTO-1296-2022.pdf | 1. ARL CTO-1296-2022.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| 2. CRP 1296-2022.pdf | 2. CRP 1296-2022.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 1 JULIO 2022.zip | EVIDENCIAS INFORME # 1 JULIO 2022.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 2 AGOSTO 2022 PARTE 1 (3).zip | EVIDENCIAS INFORME # 2 AGOSTO 2022 PARTE 1 (3).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| . EVIDENCIAS INFORME # 2 AGOSTO 2022 PARTE 2 (2).zip | . EVIDENCIAS INFORME # 2 AGOSTO 2022 PARTE 2 (2).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 3 SEPTIEMBRE 2022 PARTE 1.zip | EVIDENCIAS INFORME # 3 SEPTIEMBRE 2022 PARTE 1.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| 1 INFORME JULIO 2022.pdf | 1 INFORME JULIO 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| 2 INFORME AGOSTO 2022.pdf | 2 INFORME AGOSTO 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 3 SEPTIEMBRE 2022 PARTE 2.zip | EVIDENCIAS INFORME # 3 SEPTIEMBRE 2022 PARTE 2.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 4 OCTUBRE 2022.zip | EVIDENCIAS INFORME # 4 OCTUBRE 2022.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1296-2022 SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA (1).pdf | ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1296-2022 SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA (1).pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA INFORME SEPTIEMBRE - 202.docx | SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA INFORME SEPTIEMBRE - 202.docx | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 5 ENERO 2023.zip | EVIDENCIAS INFORME # 5 ENERO 2023.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| 4 INFORME OCTUBRE - 2022.pdf | 4 INFORME OCTUBRE - 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 6 FEBRERO 2023.zip | EVIDENCIAS INFORME # 6 FEBRERO 2023.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 7 MARZO 2023 PARTE 1.zip | EVIDENCIAS INFORME # 7 MARZO 2023 PARTE 1.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 8 ABRIL 2023 PARTE 1.zip | EVIDENCIAS INFORME # 8 ABRIL 2023 PARTE 1.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| EVIDENCIAS INFORME # 9 MAYO2023 (2).zip | EVIDENCIAS INFORME # 9 MAYO2023 (2).zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Anyela M. Sanabria Q.

ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA
C.C 52.799.569
FORMADORA DEPORTIVA

Daniel Hernando Wilches
CC 79791880 Gestor IED