INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	06	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 2535-2023- del 16/05/2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	OMAR FABIAN RINCON MAHECHA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.026.264.229	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Siete (7) meses y doce días (12) Días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Diecinueve millones trecientos noventa y cinco mil cuatrocientos pesos ($ 19.395.400) M/ Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	25/05/2023	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	27/02/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 25 DE MAYO 2023 AL 30 JUNIO 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: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas 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), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), 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 los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</td><td>ACTIVIDADES: Cumplí con esta obligación se realiza planeación de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial y a su vez articulándolas con las mallas curriculares de la IED Rafael Uribe Uribe, planteándolas para este periodo de la siguiente manera:
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO UNO
LUNES 6:30-8:30 Y VIERNES DE 12:30 A 14:300</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>05-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>09-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>16-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO DOS
LUNES 8:30 A 10:30 Y MIERCOLES DE 12:30 A 14:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>05-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>07-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>14-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO TRES
MARTES 6:30 8:30 Y JUEVES 10:30 – 12:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>06-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>08-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>13-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>15-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO CUATRO
MARTES 8:30 10:30 Y JUEVES 12:30 – 14:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>06-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>08-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>13-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>15-06-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
EVIDENCIAS: Planes de clase, asistencias.
UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias</td></tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<table>
<tr><td></td><td>informe N° 1 JUNIO 2023/ Obligación 1 y plataforma SIM.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</td><td>ACTIVIDADES: Se cumple con esta obligación, se realiza formato de antecedentes médicos y se adjunta copia de documento de identidad y afiliación a EPS, en este formato va especifico por estudiante los datos básicos y la información necesaria de antecedentes médicos, quedando en A-Z en físico en la oficina de docente enlace de la IED Rafael Uribe Uribe y en drive compartido por la institución.

EVIDENCIAS: A-Z en físico y drive de la institución.

UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2023/ Obligación 2</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</td><td>ACTIVIDADES: Para este periodo no se identifica algún talento para reportar en semillero, ya que los estudiantes asignados son de bachillerato y no cumplen con la edad para realizar proceso en semillero.

EVIDENCIAS: Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, en el momento que aplique se tendrá evidencia

UBICACIÓN: Para este periodo de actividades no se tiene ubicación en el momento que aplique se tendrá la ubicación.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: 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 Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</td><td>ACTIVIDADES: Durante este periodo se asistió y participo en las reuniones convocadas por los componentes operativo, social y pedagógico, requeridas por el proyecto Jornada Escolar Complementaria-IDRD.
A continuación, se relacionan en orden cronológico las actividades mencionadas anteriormente. De acuerdo a los lineamientos suministrados por nuestro Gestor Diego Rueda.
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIONES</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>20-06-2023</td><td>Reunión virtual semilleros</td><td>Formadores y Gestores IED</td></tr>
<tr><td>21-06-2023</td><td>Simposio presencial IDRD</td><td>Formadores Profesionales, Gestores IED, Zonales</td></tr>
<tr><td>21-06-2023</td><td>Reunión virtual Vacaciones Recreodeportivas</td><td>Formadores y Gestores IED</td></tr>
<tr><td>22-06-2023</td><td>Actividad componente psicosocial, Cefe San Cristóbal</td><td>Formadores y Gestores IED</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>23-06-2023</td><td>Entrega planeación sesiones de clase vacaciones recreo deportivas</td><td>Formadores IED</td></tr>
</table>

EVIDENCIAS: Actas y pantallazos de las reuniones virtuales, entrega de vacaciones recreo deportivas en el formato.

UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2023/ Obligación 4</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5 El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, “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</td><td>ACTIVIDAD: Para este periodo de actividades no se presentó conflicto de intereses de tipo económico, profesional por afinidad política, por vínculos familiares, dando cumplimiento a lo estipulado en la resolución 424 de 2021.

EVIDENCIA: Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, en el momento que aplique se tendrá evidencia.

UBICACIÓN: Para este periodo de actividades no se tiene Ubicación, en el momento que aplique se tendrá ubicación.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 6: Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, “puede ser redes sociales” los eventos que realice la entidad.</td><td>ACTIVIDADES:
Se utilizan las herramientas digitales para las actividades realizadas diariamente logrando un monitoreo del proceso a través del SIM, y del Drive, para el adecuado cumplimiento del objeto y la obligación del contrato.

EVICENCIAS: Pantallazos, planeaciones de clase Sim
UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2023/ Obligación #6</td></tr>
<tr><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

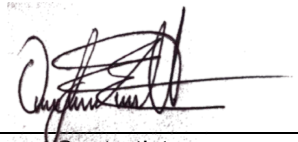
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

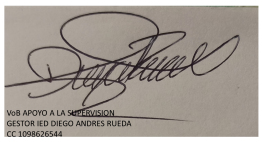
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	0
	TOTAL	0

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

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

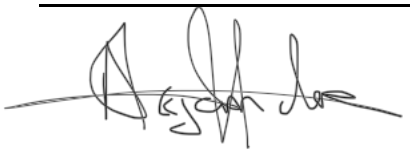


Firma Contratista
Nombre: OMAR FABIAN RINCON MAHECHA
CC: 1.026.264.229



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

EL CONTRATISTA CUMPLIO CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DESCRITAS Y ARGUMENTADAS POR EL MISMO EN ESTE INFORME



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

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

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.

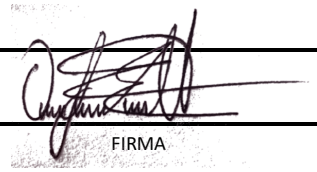
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**OMAR FABIAN RINCON MAHECHA**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1026264229**	**N° contrato**		**2535-2023**	
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 <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla	**0**			Fecha de pago			Valor pagado	$ -		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ -**					Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ -**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**					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	**<u>DEPENDIENTES</u>: 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	**x**
	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	**x**
	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	**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 **6** AA **2023**



FIRMA

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) OMAR FABIAN RINCON MAHECHA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1026264229, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Junio de 2.023

Observaciones:

Con destino a:
IDRD

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
22046951

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OMAR FABIAN RINCON MAHECHA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1026264229,** se encuentra afiliado/a desde **01/03/2021** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de junio de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **OMAR FABIAN RINCON MAHECHA** con **CC** No. **1026264229**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: N 860061099 - INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	**Fecha de última cobertura:** 24/05/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 23/05/2023 **Fecha fin de Contrato:** 26/01/2024 **Clase de Riesgo:** 3 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301015437725.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de mayo de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Certificado Bancario

Viernes, 9 de junio de 2023

Señor(a)
IDRD

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que OMAR FABIAN RINCON MAHECHA identificado(a) con CC 1026264229, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10892857992	2013/01/25	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

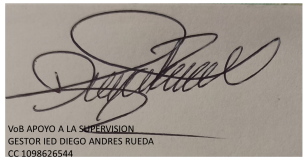
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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	1026264229
NOMBRES	OMAR FABIAN
APELLIDOS	RINCON MAHECHA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	13/10/1995	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/09/2023 14:48:51 | **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

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	FABIAN RINCON MAHECHA	COORDINADOR	DIEGO ANDRES RUEDA FAJARDO
FECHA REVISIÓN	2023-06-16 18:06:43	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE,	1	**Lunes,06:30:00,08:30:00** 5 **Viernes,12:30:00,14:30:00** 9-16	5-9		14	10
	RAFAEL URIBE URIBE,	2	**Lunes,08:30:00,10:30:00** 5 **Miercoles,12:30:00,14:30:00** 7-14	5-7	14		
	RAFAEL URIBE URIBE,	3	**Martes,06:30:00,08:30:00** 6-13 **Jueves,10:30:00,12:30:00** 8-15	6-8-13	15		
	RAFAEL URIBE URIBE,	4	**Martes,08:30:00,10:30:00** 6-13 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 8-15	6-8-13	15		



