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.	03		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	05	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1349 DEL 13 DE MARZO DEL 2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
202380070160158E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1073706290	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	OCHO (8) MESES Y VENTICUATRO (24) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$23.064.800	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	13/03/2023	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)	01/04/2023 AL 09/04/2023 (9 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	07/02/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01/05/2023 AL 30/05/2023	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>OBLIGACION 1</td><td>
AVANCES: Se da alcance al objetivo de esta obligación asistiendo alas actividades programadas por el proyecto jornada escolar complementaria como cualificaciones, reuniones, sesiones de clase.La atención a los grupos se hizo de la siguiente manera:

El presente informe es solicitado para el día 17/05/2023 lo cual hastala fecha se encuentran las sesiones de clase.

Grupo 1: 10 estudiantes
Grupo 2: 24 estudiantes
Grupo 3: 17 estudiantes
Grupo 4: 27 estudiantes

<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>SESIONES DE CLASE PLANEADAS</th><th>SESIONES DE CLASE PLANEADAS Y EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>GRUPO 1</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td></tr>
<tr><td>GRUPO 2</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td></tr>
<tr><td>GRUPO 3</td><td>(9),(11),(16),(18),23,25,30</td><td>(9),(11),(16),(18),23,25,30</td></tr>
<tr><td>GRUPO 4</td><td>(9),(11),(16),(18),23,25,30</td><td>(9),(11),(16),(18),23,25,30</td></tr>
</table>
EVIDENCIAS: Planes de Clase Programadas en plataforma SIM(Pdf)

UBICACIÓN: Secop II, Contrato 1349, Numeral 7 –Evidencias informe N° 01 Marzo _ Obligación 1.

https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-IJV2Lf-zmjmLa6Q7PE
</td></tr>
</table>

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.	
OBLIGACION 2 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.	**AVANCE**: Durante los periodos del mes de enero y febrero e realizo la respectiva revisión de los antecedentes o condiciones médicas para las estudiantes de los casos específicos cono alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc. Cada estudiante hizo entrega de su fotocopia de la tarjeta de identidad y de la eps. **EVIDENCIA**: Carpeta personal formadora IDRD **UBICACIÓN**: Secop II, Contrato 1349, Numeral 7 –Evidencias informe N° 0 1 Marzo _ Obligación 2. https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-lJV2Lf-zmjmLa6Q7PE

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></td></tr>
<tr><td>OBLIGACION N.O 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>AVANCE: Durante el periodo reportado de mayo no se identificaron estudiantes en el Centro de Interés porrismo cumplan con las características o condiciones básicas para ingresar aproyecto de semillero.

EVIDENCIA: PDF de correo enviado dirigido a Gestora IDRD ratificando la no identificación de estudiantes para proyecto de semilleros.

UBICACIÓN Secop II, Contrato1349 , Numeral 7 –Evidencias informe N°01 mayo Obligación 3

https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-IJV2Lf-zmjmLa6Q7PE</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</td><td>AVANCE: Se dará alcance a esta obligación realizando las sesiones de clase programadas en el sistema de información misional, en los horarios establecidos por la institución educativa.

Se da alcance al objetivo de esta obligación asistiendo alas actividades programadas por el proyecto jornada escolar complementaria como cualificaciones, reuniones, sesiones de clase.La atención a los grupos se hizo de la siguiente manera:

El presente informe es solicitado para el día 17/05/2023 lo cual hastala fecha se encuentran las sesiones de clase.

Grupo 1: 10 estudiantes
Grupo 2: 24 estudiantes
Grupo 3: 17 estudiantes
Grupo 4: 27 estudiantes

<table><tr><td>GRUPO</td><td>SESIONES DE</td><td>SESIONES DE CLASE PLANEADAS Y</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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,</td>
<td>
<table>
<tr><th></th><th>CLASE PLANEADAS</th><th>EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>GRUPO 1</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td></tr>
<tr><td>GRUPO 2</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td><td>(3),(8),(10),(15),(17),24,29</td></tr>
<tr><td>GRUPO 3</td><td>(9),(11),(16),(18), 23,25,30</td><td>(9),(11),(16),(18), 23,25,30</td></tr>
<tr><td>GRUPO 4</td><td>(9),(11),(16),(18), 23,25,30</td><td>(9),(11),(16),(18), 23,25,30</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Pdf, evidencias fotográficas, actas de reuniones.

UBICACIÓN: Secop II, Contrato 1349, Numeral 7 –Evidencias informe N° 01 Mayo_ Obligación 4.

https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-lJV2Lf-zmjmLa6Q7P
</td>
</tr>
<tr>
<td>OBLIGACIÓN NO. 5: 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</td>
<td>ACTIVIDADES: Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses para que no se vea comprometida la ejecución objetiva del Contrato.

EVIDENCIAS: Para el siguiente periodo no se adjuntan evidencias.

UBICACIÓN: Secop ll contrato 1349 sesión 7 ejecución delcontrato obligación 05

https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-lJV2Lf- zmjmLa6Q7PE</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)

consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades.	
OBLIGACION 6 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.	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo contractual del mes de mayo 2023, se asistirá y participará de manera presencial en las actividades programadas en el marco del proyecto Jornada Escolar Complementaria **EVIDENCIA**: pdf de actas de reunión, evidencias fotográficas diarias. **UBICACIÓN:** Secop II, Contrato 1349, Numeral 7 –Evidencias informe N° 01 Marzo_ Obligación 6. https://drive.google.com/drive/folders/1Sbf_anONz4SEH-IJV2Lf-zmjmLa6Q7PE

Declaración: Manifiesto que he cumplido
o 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	145.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLFONDOS	185.600
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	28.300
	TOTAL	358.900

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

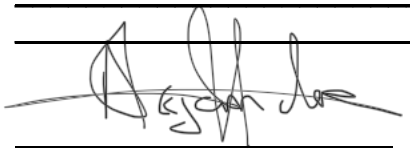
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias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



Firma Contratista
LAURA PAOLA MUÑOZ LOPEZ
CC 1073706290

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

Para el presenta lapso o periodo, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones contractuales asignadas satisfactoriamente para el periodo del mes de mayo de 2023



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.º B.º 19/05/2023
Juan Carlos González Vesga
Gestor Zonal Operativo
CPS: 0619 - 2023

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	**MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1073706290**	**N° contrato**		**IDRD-CTO 1349-2023**	
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 MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla	**9450660397**		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))									**#**	**2**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI	**X**	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	**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 **5** AA **2023**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073706290		MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diag 52 sur #27-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9074063	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2064276047	9450660397	I	2023/05/23	2023/05/05	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	1073706290	MUÑOZ LAURA	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073706290		MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diag 52 sur #27-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9074063	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2064276047	9450660397	I	2023/05/23	2023/05/05	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$358,900**	**$0**	**$0**	**$358,900**

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LAURA PAOLA MUÑOZ LOPEZ identificado(a) con Cedula Ciudadanía 1073706290, 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
20210622	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de mayo 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
18824284

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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 :



V.º B.º 8/05/2023
Juan Carlos González Vesga
Gestor Zonal Operativo
CPS: 0619 - 2023

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1073706290
NOMBRES	LAURA PAOLA
APELLIDOS	MUÑOZ LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

documento fiel copia del original para el proyecto jornada escolar complementaria



laura paola muñoz
cc 1073706290

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	16/05/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	05/05/2023 13:10:06	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.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	LAURA PAOLA MUÑOZ LOPEZ	COORDINADOR	JUAN CARLOS GONZALEZ VESGA
FECHA REVISIÓN	2023-05-17 10:01:18	Mes	Abril

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LICEO FEMENINO MER	MERCEDES NARIÑO,	1	**Lunes,08:30:00,11:30:00** 10-17-24 **Miercoles,09:30:00,11:30:00** 12-19-26	10-12-17-19-24	26	24	20
	MERCEDES NARIÑO,	2	**Lunes,12:30:00,14:30:00** 10-17-24 **Miercoles,12:30:00,14:30:00** 12-19-26	10-12-17-19-24	26		
	MERCEDES NARIÑO,	3	**Martes,09:30:00,11:30:00** 11-18-25 **Jueves,09:30:00,11:30:00** 13-20-27	11-13-18-20-25	27		
	MERCEDES NARIÑO,	4	**Martes,12:30:00,14:30:00** 11-18-25 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 13-20-27	11-13-18-20-25	27		

Laura paola muñoz lopez
cc 1073706290

V.º B.º 19/05/2023
Juan Carlos González Vesga
Gestor Zonal Operativo
CPS: 0619 - 2023

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	LAURA PAOLA MUÑOZ LOPEZ	COORDINADOR	JUAN CARLOS GONZALEZ VESGA
FECHA REVISIÓN	2023-05-17 10:01:23	Mes	Mayo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO LICEO FEMENINO MER	MERCEDES NARIÑO,	1	**Miercoles,09:30:00,11:30:00** 3-10-17-24-31 **Lunes,08:30:00,11:30:00** 8-15-29	3-8-10-15		33	16
	MERCEDES NARIÑO,	2	**Miercoles,12:30:00,14:30:00** 3-10-17-24-31 **Lunes,12:30:00,14:30:00** 8-15-29	3-8-10-15			
	MERCEDES NARIÑO,	3	**Martes,09:30:00,11:30:00** 2-9-16-23-30 **Jueves,09:30:00,11:30:00** 4-11-18-25	2-4-9-11	16		
	MERCEDES NARIÑO,	4	**Martes,12:30:00,14:30:00** 2-9-16-30 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 4-11-18-25	2-4-9-11	16		

Laura paola muñoz lopez
cc 1073706290

V.º B.º 19/05/2023
Juan Carlos González Vesga
Gestor Zonal Operativo
CPS: 0619 - 2023

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
1. ARL- CTO-1349-2023.pdf	1. ARL- CTO-1349-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
'O -1349-2023.pdf	2. CRP-CTO -1349-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
AS MUÑOZ LOPEZ OLA MARZO CTO 1394 UNDA PARTE.zip	EVIDENCIAS MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA MARZO CTO 1394 2023 SEGUNDA PARTE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
AS MES ABRIL CTO LAURA MUÑOZ.zip	EVIDENCIAS MES ABRIL CTO 1394-2023 LAURA MUÑOZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
AS MES MAYO 2023 OPEZ LAURA PAOLA 1349-2023 PRIMERA	EVIDENCIAS MES MAYO 2023 MUÑOZ LOPEZ LAURA PAOLA IDRD-CTO 1349-2023 PRIMERA PARTE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

V.º B.º 19/05/2023
Juan Carlos González Vesga
Gestor Zonal Operativo
CPS: 0619 - 2023