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.	2		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	05	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
CTO 1353- 2023 de 21 de marzo de 2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2023800701601711E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	TRIANA RAMIREZ ANGEL ANDRES	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1026297407	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	264 DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	23.064.800	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	27-03-2023	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.	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	21-02-2024	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>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) delos 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: se planean sesiones de clases teniendo en cuenta horarios de contingencia por contratación de formadores y directrices de la IED DELIA ZAPATA OLIVELLA.
En el periodo de actividades del mes de mayo se estructuran sesiones de clase a escolares basados en la adaptación del deporte y criterios técnicos y psicosociales para la convivencia en el centro de interés, se trabaja el mejoramiento de las habilidades básicas del movimientos y el fortalecimiento preventivo de lesiones para la mejor de habilidades gimnasticas básicas.

Evidencia: cuadro sesiones de clase sistema de información misional SIM IDRD

<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>1</td><td>Miercoles,09:30:00,11:30:00
3-10-17-24-31
Lunes,09:30:00,11:30:00
8-15-29</td><td>3-8-10-15-17</td></tr>
<tr><td>2</td><td>Miercoles,12:00:00,14:00:00
3-10-17-24-31
Lunes,12:00:00,14:00:00
8-15-29</td><td>3-8-10-15-17</td></tr>
<tr><td>4</td><td>Martes,12:00:00,14:00:00
2-9-23-30
Jueves,12:00:00,14:00:00
4-11-18-25</td><td>2-4-9-11</td></tr>
</table>

Ubicación.
Obligación 1 carpeta evidencias informe 2 Mayo 2023, secop II N°7</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)

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.	**Actividades**: en el periodo de actividades de mayo se mantienen presente cada una de las condiciones médicas, que son informadas a través de jornada extendida de la IED DELIA ZAPATA OLIVELLA Se conocen los listados de inclusión escolar y se tienen en cuanta cada uno de los casos atendidos dentro de la IED para realizar la sesión deportiva con éxito. **Evidencia:** Consentimientos informados y seguimiento por parte del docente carpeta de documentos IED DELIA ZAPATA OLIVELLA.

COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVELLA	INFORME				Código: F-E-GDH-060 Versión: 01
	Fecha de edición: 21/09/2011	Elaboró: Representante calidad	Revisó: Equipo de Calidad	Aprobó: Rectoría	Página: 1 de 1

Estudiantes Inclusión Escolar JT

Ciclo III

Grado quinto

Curso	Nombre	Registro en el SIMAT	Documento
501	MARIA PULA TORRES BOLIVAR	Discapacidad cognitiva (moderado) y trastorno de la conducta	10318269
504	DANIEL ALEJANDRO GARAVITO VELASQUEZ	Trastorno Del Habla – retardo en el desarrollo - Ansiedad	1031832085
505	JORGE ELIECER	Presunta	1124070234

Ubicación: Carpeta Física IED DELIA ZAPATA OLIVELLA Oficina jornada extendida.

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>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: en el mes de mayo se Realiza seguimiento de 3 escolares los cuales fueron seleccionados para el semillero de porrismo.

Evidencia: cuadro de escolares registrados y seleccionados

<table>
<tr><th colspan="4">SELECCIONADOS TRY OUT SEMILLERO DE PORRAS IED DELIA ZAPATA OLIVELLA</th></tr>
<tr><th>nombre</th><th>curso</th><th>Numero contacto</th><th>edad</th></tr>
<tr><td>MARIA RONCANCIO RAMIREZ</td><td>901</td><td>3128710218</td><td>14</td></tr>
<tr><td>KAREN MILENA MONROY</td><td>905</td><td>3043507030</td><td>14</td></tr>
<tr><td>SANCHEZ FINOL PAULIMAR ANDREINA</td><td>901</td><td>3124913625</td><td>14</td></tr>
</table>

Ubicación: Obligación 3 carpeta evidencias informe 2 mayo 2023, secop II N°7</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:
asisto a las reuniones operativas designadas por el gestor Operativo zonal, Pedro Varón con el fin de organizar cada uno de los formadores a los cuales les inicia el contrato en el mes de mayo y quienes quedan disponibles para operatividad en la IED, se realizan organizaciones de grupos.

Evidencia:
Cuadro de reuniones Gestor PEDRO VARON
<table>
<tr><td>FECHA – HORARIO 05-05-2023 8:00 am a 9:30</td><td>Centro felicidad fontanar del río.</td><td>TEMA</td><td>REUNION OPERATIVA SEMANAL IED DELIA ZAPATA FINALIZACVIÓN DE CONTRATOS Y ORGANIZACIÓN GRUPOS</td></tr>
<tr><td>FECHA – HORARIO 16-05-2023 8:00 am a 9:30</td><td>IED Delia Zapata Olivella</td><td>TEMA</td><td>JORNADA PEDAGOGICA IED DELIA ZAPATA OLIVELLA</td></tr>
</table>
Ubicación: Obligación 6 Mayo 2023 Evidencias Carpeta de obligaciones Informe 2 Secop II N°7</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)

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.	**Actividades:** En el presente periodo de actividades el contratista tomó todas lasmedidas necesarias para evitar cualquier conflicto de intereses con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y el proyecto 7854 Jornada Escolar Complementaria, conforme a lo estipulado en la resolución anteriormente mencionada, siendo el desarrollo y ejecución del contrato transparente y objetivo siguiendo todas las indicaciones de los gestores asignados. **Evidencia:** Archivo de conflicto de intereses. **Ubicación:** Hoja de vida SIDEAP Nombre de usuario: 1026297407
Obligación No. 6: Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnología y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato Asi mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, "puede ser redes sociales" los eventos que realice la entidad.	**Actividades:** en el periodo de actividades de mayo se mantiene la comunicación asertiva con el Gestor IED PEDRO VARON a través de diferentes dispositivos electrónicos, presentaciones presentadas por el gestor. Se utilizan plataformas como DRIVE para organización de datos y archivos de la IED DELIA ZAPATA OLIVELLA, listados, y circulares informativas. **Evidencia**: DRIVE https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1tLIcvC33WsIHB__3dIaaSR0G_jk9rfnE  **Ubicación:** Obligación 6 mayo 2023 Evidencias Carpeta deobligaciones Informe 2 Secop II N°7
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que lasactividades 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)

1. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SALUD TOTAL	**145.000**
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	**185.600**
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	**28.300**
	TOTAL	**358.900**

2. 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.



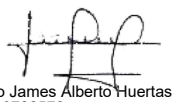
Firma Contratista
Nombre: Ángel Andrés Triana Ramírez
No. de Identificación: 1026297407

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

El contratista cumplio a cabalidad con las obligaciones asignadas



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



VoBo James Alberto Huertas Velandia
CC 80722572
Gestor 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	**ÁNGEL ANDRÉS TRIANA RAMÍREZ**								
2	Identificacion	CC	**x**	CE		**Numero**	**1026297407**	**N° contrato**	**1353-2023**	
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	**7878587911**		Fecha de pago	8/05/2023	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	**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.

Angel Andres Triana
1026297407

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **5** AA **2023**

Angel Andrés Triana Ramírez.

FIRMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026297407
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGEL ANDRES TRIANA RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 1 ESTE NO 22C 18	TELÉFONO:	2847805
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7878587581			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/04/19			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			2032801305

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES:									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN							SALUD							ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1026297407	TRIANA RAMIREZ ANGEL ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	102629740	$ 28.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 358.900**

Angel Andres Triana
1026297407

ANGEL ANDRES TRIANA C.C 1026297407

Planilla Pagada

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 :

VoBo James Alberto Huertas Velandia
CC 80722572
Gestor IED

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1026297407
NOMBRES	ANGEL ANDRES
APELLIDOS	TRIANA RAMIREZ
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	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	07/10/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/09/2023 11:59:00	Estación de origen:	192.168.70.220

Angel Andres Triana
1026297407

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.

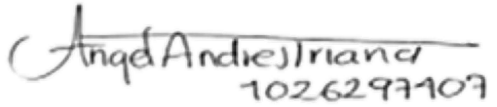
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

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.

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	Angel Andrés Triana Ramirez		COORDINADOR	JAMES ALBERTO HUERTAS VELANDIA			
FECHA REVISIÓN	2023-05-18 18:48:59		Mes	Abril			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVE	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	1	**Lunes,09:30:00,11:30:00** 10-17-24 **Miercoles,09:30:00,11:30:00** 12-19	10-12-17-19-24		16	15
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	2	**Lunes,12:00:00,14:00:00** 10-17-24 **Miercoles,12:00:00,14:00:00** 12-19	10-12-17-19-24			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	4	**Martes,12:00:00,14:00:00** 11-18-25 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 13-20-27	11-13-18-20-25	27		



VoBo James Alberto Huertas Velandia
CC 80722572
Gestor IED



ANGEL ANDRES TRIANA C.C 1026297407

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	Angel Andrés Triana Ramirez		COORDINADOR	JAMES ALBERTO HUERTAS VELANDIA			
FECHA REVISIÓN	2023-05-18 18:49:03		Mes	Mayo			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVE	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	1	**Miercoles,09:30:00,11:30:00** 3-10-17-24-31 **Lunes,09:30:00,11:30:00** 8-15-29	3-8-10-15-17		24	14
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	2	**Miercoles,12:00:00,14:00:00** 3-10-17-24-31 **Lunes,12:00:00,14:00:00** 8-15-29	3-8-10-15-17			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	4	**Martes,12:00:00,14:00:00** 2-9-23-30 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 4-11-18-25	2-4-9-11			

Angel Andres Triana
1026297407

ANGEL ANDRES TRIANA C.C 1026297407

VoBo James Alberto Huertas Velandia
CC 80722572
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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. ARL-CTO-1353-2023.pdf	1. ARL-CTO-1353-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP-CTO -1353-2023.pdf	2. CRP-CTO -1353-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME N°1 ABRIL 2023 CTO 2353-2023.zip	EVIDENCIAS INFORME N°1 ABRIL 2023 CTO 2353-2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME N°2 MAYO 2023 CTO 2353-2023.zip	EVIDENCIAS INFORME N°2 MAYO 2023 CTO 2353-2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Angel Andres Triana
1026297407

ANGEL ANDRES TRIANA C.C 1026297407

VoBo James Alberto Huertas Velandia
CC 80722572
Gestor IED