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.	11		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	26	01	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD CTO 1387 DEL 14/03/2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20238007016016O8E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JORGE ARMANDO NEUQUE GUATAME	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	80496253	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR TECNICO DEL CENTRO DE INTERES ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSION	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE DIAS (249)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	VEINTI UN MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS PESOS ($ 21’754.300)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	16 MARZO DE 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 AL 09 / 04 / 2023 (NUEVE DIAS) 7/10/23 AL 16/10/23 (10 DIAS) 09/12/2023 AL 21/01/2024 (43 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	26 DE ENERO DE 2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	22/01/2024 AL 26/01/2024	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
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.	**ACTIVIDAD:** En el presente periodo de actividades me encuentro realizando las labores de bienvenida y apertura en las IED: 1. “IED Domingo Faustino Sarmiento (Suba); 2. IED: Juan Francisco Berbeo” (Barrios unidos); zona No 1. Desarrolle el proceso de Apropiación física y deportiva a través de las competencias” básicas, socioemocionales y ciudadanas” con los niños, niñas, jóvenes, adolescentes y adultos en situación de educación especial; y educación básica regular Vinculados (as) al proyecto: Jornada Escolar Complementaria; pertenecientes a los ciclos 1, 2, y 7 Conforme con los lineamientos pedagógicos, psicosociales y técnicos, del proyecto. Los días 25 y 26 de enero de 2024 se desarrollaron las sesiones presenciales, correspondientes al centro de interés “Gimnasia” en las instalaciones de la IED: Juan Francisco Berbeo, en el horario comprendido entre las 9.30 am asta las 2.30 pm. En el marco de la estrategia 1,2,3 de regreso al cole otra vez. En la IED: Domingo Faustino Sarmiento. Se están desarrollando los avances correspondientes para la presentación de los centros de interés, inscripciones y actividades de bienvenida a los estudiantes. No se han presentado accidentes por parte de los (as) estudiantes asignados en los grupos asignados, para reportar. **EVIDENCIA:** Malla Curricular unificada 2023, Documento; caja de herramientas “módulo No 6: enero 2024” componente psicosocial JEC – IDRD. **UBICACIÓN:** Carpeta de Evidencias Informe No 11. Enero 2024, subcarpeta obligación No.1, cargada en el SECOP II numeral 7.

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.	**ACTIVIDAD:** Durante este periodo de actividades, previa indagación realizada a los directores (as) de los grados asignados: Jornadas Mañana y tarde. Por medio del docente enlace: John Rodríguez, IED: "Juan Francisco Berbeo" entre los estudiantes participantes en el proyecto (7854) JEC, por los antecedentes condicionales o condiciones médicas **"estudiantes con discapacidad cognitiva, sensorial y física";** existe la autorización explicita de los acudientes (tutores) para la realización de actividades físicas y deportivas. Los documentos de afiliación a La EPS de los (as) estudiantes se encuentran archivados virtualmente en las bases de datos de las IED Domingo Faustino Sarmiento y Juan francisco Berbeo respectivamente junto con los demás documentos de matrícula. Se cuenta con la información requerida, para cada uno de los (as) estudiantes participantes en las sesiones Presenciales del centro de interés "Nombre de los padres de familia o acudientes, número telefónico y correo electrónico", Carpeta que custodia el (la) docente acompañante IED de cada uno de los grupos asignados. **EVIDENCIAS:** Documentos de condiciones médicas y de entidades promotoras de salud de los estudiantes asignados. Base de datos personal formador deportivo. "Listas de estudiantes" (2 Grupos). Documentos que reposan en los archivos de las IED **UBICACIÓN:** Carpeta de evidencias, informe No 11. enero 2024. Base de datos: secretarias de convivencia IED. Subcarpeta obligación No 2, cargada en el Secop II. Numeral 7
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.	**ACTIVIDAD:** Durante este periodo de actividades, no se reportaron al señor Gestor IED: Andrés Galeano Arboleda Ningún (a) estudiante de la IED: Juan Francisco Berbeo ya que se continua con el proceso de sensibilización Motriz y física Con los adultos y jóvenes en calidad de educación especial (Discapacidad: cognitiva, física y sensorial). En la IED: Domingo Faustino Sarmiento. No se reportan a ningún estudiante al iniciar el proceso de sensibilización y desarrollo de actividades del centro de interés. **EVIDENCIA:** Información enviada vía WhatsApp al señor Gestor IED: Andrés Galeano

	UBICACIÓN: Carpeta de evidencias, informe No 11 enero. 2024. Subcarpeta obligación No 3, cargada en el Secop II. Numeral 7 **Nota:** En el momento que se identifiquen estudiantes con cualidades excepcionales para la práctica de la gimnasia, se reportaran al Gestor IED: D.F.S.: Proyecto 7854 (JEC-IDRD)
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.	**ACTIVIDAD:** Durante el presente periodo de actividades no se me convoco a participar, apoyar u organizar eventos: locales, distritales o nacionales, En el momento que se requiera de mi participación, apoyo, organización y acompañamiento de eventos en las IED asignadas o cualquier otra institución educativa; estoy en disponibilidad para apoyar este proceso formativo, deportivo y social. Durante el presente periodo de actividades no se me hizo entrega por parte del proyecto (JEC – IDRD) de ningún material o equipamiento deportivo Realizo las sesiones Prácticas asignadas presencialmente en las instalaciones deportivas de las IED: Domingo Faustino Sarmiento y con la IED: Juan Francisco Berbeo, en las instalaciones del parque externo de la IED. Actualmente doy cumplimiento de las normas de bioseguridad exigidas por el IDRD y el proyecto (JEC – IDRD). **EVIDENCIA:** Listados de estudiantes IED: Juan Francisco Berbeo, evidencias fotográficas en el desarrollo de la estrategia: 1,2,3 al cole otra vez. **UBICACIÓN:** Carpeta de evidencias, informe No 11 Enero 2023. Subcarpeta obligación No 4, cargada en el Secop II. Numeral 7 **ACTIVIDAD:** 1. **Reunión: Formadores.** **El día Lunes 22 de enero de 2024, desde las 7.45 am hasta las 11.00 am** asistí a la reunión Presencial:

	Instalaciones CEAD, Dg, 61 c # 27 - 21 Componente Psicosocial: cobertura año 2024. Temas tratados: 1. Exposición de la temática Buling – matoneo. 2. Características y evidencias. 3. Resolución de conflictos y medios de respuesta Lidero la reunión: . Luigi Rodríguez: Gestor Pedagógico Zona No 7. **EVIDENCIA:** Evidencias fotográficas de la reunión. **UBICACIÓN:** acta que reposa en los archivos del gestor IED; informe No 11. Enero 2024. Subcarpeta obligación No 4, cargada en el Secop II. Numeral 7
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.	**ACTIVIDAD:** Me comprometo como contratista del proyecto 7854 "Jornada Escolar Complementaria IDRD – SED", a adoptar todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses; donde se pueda ver comprometida la ejecución imparcial y objetiva 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)

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.	**ACTIVIDAD:** Se cumple satisfactoriamente con esta obligación gestionando de la mejor manera las herramientas tecnológicas que permitan la comunicación efectiva con el supervisor de contrato y así contribuir en el buen funcionamiento de la ejecución del proyecto Jornada Escolar Complementaria. **EVIDENCIA:** Herramientas digitales: Correo electrónico: neuquejorge@gmail.com, drive (Gmail), Grupos WhatsApp (3115731662): IED Juan Francisco Berbeo, Domingo Faustino. **UBICACIÓN:** Carpeta de evidencias informe: No 11 Enero 2024. Subcarpeta obligación No. 6, cargada en el Secop II, numeral 7.
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. NFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR EPS	$ 38.700
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 49.500
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 7.600
	TOTAL	$ 95.800

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.

Jorge A. Neuque G.

Firma Contratista
Jorge Armando Neuque Guatame
CC: 80496253

Vo Bo

Andres Galeano

Gestor I.E.D.

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

El contratista cumplio con sus obligaciones contractuales durante este periodo.

VoBo 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	**JORGEARMANDO NEUQUE GUATAME**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**80.496.253**	**N° contrato**		**1387 - 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 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a $59,376,800							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	**4533204329**			Fecha de pago	2/01/2024		Valor pagado	$ 95,800.00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 38,700.00**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 49,500.00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**7,600.00**			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 (2023). 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 (2023). 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 $282.390 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 (2023) $11.027.120 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 (2023) $11.027.120 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 **26** MM **1** AA **2024**

Jorge A. Neuque G.

FIRMA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80496253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE ARMANDO NEUQUE GUATAME
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 110 N 64 D -15	TELÉFONO:	4932876
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:			**4533204329**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/01/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				4010242185

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	$ 49.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 49.500	$ 0	$ 49.500
SUBTOTALES:										**$ 49.500**	**$ 0**	**$ 49.500**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 38.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 38.700	$ 0	$ 0	$ 38.700
SUBTOTALES:													**$ 38.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 38.700**

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	$ 7.600	$ 7.600	$ 0	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																								PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORT	SENA TOTAL APORT	ICBF TOTAL APORT	ESAP TOTAL APORT	MINED TOTAL APORT
1	CC 80496253	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO		08																230301-PORVENIR	8	$ 309.334	$ 49.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 49.500	EPS008-COMPENSAR	8	$ 309.334	$ 38.700	$	$ 38.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8	$ 309.333	80496253	$ 7.600		$		$	$	$	$	$

TOTAL **$ 95.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80496253
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JORGE ARMANDO NEUQUE GUATAME
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 110 N 64 D -15	TELÉFONO:	4932876
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:		**4536816171**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/01/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4012387304

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	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.500	$ 0	$ 55.500
SUBTOTALES:										**$ 55.500**	**$ 0**	**$ 55.500**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 43.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.400	$ 0	$ 0	$ 43.400
SUBTOTALES:													**$ 43.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 43.400**

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	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP													
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORT	SENA TOTAL APORT	ICBF TOTAL APORT	ESAP TOTAL APORT	MINED TOTAL APORT
1	CC 80496253	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	23	R-30															230301-PORVENIR	8	$ 346.667	$ 55.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Norma	$ 55.500	EPS008-COMPENSAR	8	$ 346.667	$ 43.400	$ 0	$ 43.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	8	$ 346.667	80496253	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 107.400**

compensar | salud eps

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

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 80496253, se encuentra Activo en el Régimen Subsidiado de Salud, de la EPS Compensar, según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240108	No Registrada

Se expide el presente certificado a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 24 días del mes de Enero de 2.024

Con destino a: A QUIEN INTERESE

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 - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LINA PATRICIA CIFUENTES
23970740

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO Super Subsidio

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	2 3 0 1 2 0 2 4

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]			

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

6. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: NEUQUE	Segundo Apellido: GUATAME	Primer Nombre: JORGE	Segundo Nombre: ARMANDO	
7. Tipo de documento de identidad [CC]	**8. Número de documento de identidad** 80'496.253	**9. Sexo** Femenino [ ] Masculino [X]	**10. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A: 2 9 0 7 1 9 7 8	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
1		C3		Positiva	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$1'300.000	Dirección: Vereda Cerca de Piedra - Chia			Teléfono fijo: 8674775	Teléfono celular: 3115331662
Correo electrónico: newkejorge@gmail.com	Municipio / Distrito: Chia	Zona Urbana [ ] Rural [X]	Localidad / Comuna: Fagua	Departamento: Cundinamarca	

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

19. Apellidos y nombres				
Primer Apellido: ARANDA	Segundo Apellido: YAIMA	Primer Nombre: NELLY	Segundo Nombre: MARCELA	
20. Tipo de documento de identidad [CC]	**21. Número de documento de identidad** 35198903	**22. Sexo** Femenino [X] Masculino [ ]	**23. Fecha de nacimiento** D D M M A A A A: 1 0 0 5 1 9 8 2	

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1	NEUQUE	LABRADOR	MARTIN	—	TI	1.073.710.673		X
B2	NEUQUE	LABRADOR	LUCIANA	—	TI	1.073.715.418	X	
B3	NEUQUE	Labrador	Martin	Nelly	TI	1073.710.673		X
B4	Labrador	Yaima	Nelly	Marcela	CC	35.198.903	X	
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	31. Discapacidad Condición (T P)	32. Municipio / Distrito	32. Zona Urbana	32. Zona Rural	32. Departamento	32. Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	1 3 0 8 2 0 1 4	HIJO(A)				Chia		X	Cundinamarca	3115331662	
B2	0 2 1 0 3 0 1 5	HIJO(A)				Chia		X	Cundinamarca	3115331662	
B3	3 0 7 2 0 1 4	HIJO(A)									
B4	1 3 0 6 1 9 8 2	CP									
B5											

Selección de la IPS Primaria		
	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		1068
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación	**38. Tipo de aportante o pagador pensiones** (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
		[ ]	[ ]		

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

VERSIÓN 8

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Jorge A. Neuque R.	80.496.253

FOR-VTA-001

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o declaración administrativa de ausencia. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Delegada de Salud. [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

compensar B 23 ENE 2024 SUJETO A VERIFICACION

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
Código del municipio: [ ] Código del departamento: [ ]	Número de la ficha: [ ] Puntaje: [ ] Nivel: [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aparte crear 24 los novedades ingreso - retiro xel aprender de linea mi planilla 6013047006.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud — VIGILADO SuperSubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE ARMANDO NEUQUE GUATAME, identificado(a) con cédula de ciudadanía **80.496.253**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	80496253
NOMBRES	JORGE ARMANDO
APELLIDOS	NEUQUE GUATAME
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	CHIA

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	15/04/2015	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	01/24/2024 09:30:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 16:19:13
JANG

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ **Ver contrato**

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 -1387-2023.pdf	1. ARL -CTO -1387-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. CRP- CTO- 1387-2023.pdf	2. CRP- CTO- 1387-2023.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 1. MARZO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 1. MARZO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 2. ABRIL 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 2. ABRIL 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 3. MAYO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 3. MAYO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 4. JUNIO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 4. JUNIO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO - ABRIL - 2023.pdf	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO - ABRIL - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 5. JULIO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 5. JULIO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 5. JULIO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 5. JULIO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 6. AGOSTO 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 6. AGOSTO 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 6. AGOSTO - 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 6. AGOSTO - 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 7. SEPTIEMBRE - 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 7. SEPTIEMBRE - 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 7. SEPTIEMBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 7. SEPTIEMBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 8. OCTUBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 8. OCTUBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO JULIO - 2023.pdf	NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO JULIO - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 9. NOVIEMBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 9. NOVIEMBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 8. OCTUBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 8. OCTUBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 9. NOVIEMBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 9. NOVIEMBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 10 DICIEMBRE - 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 10 DICIEMBRE - 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1387-2023 NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO_signed.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1387-2023 NEUQUE GUATAME JORGE ARMANDO_signed.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 10 - DICIEMBRE 2023.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (2) INFORME 10 - DICIEMBRE 2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 11 - ENERO - 2024.zip	CARPETA DE EVIDENCIAS (1) INFORME 11 - ENERO - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.