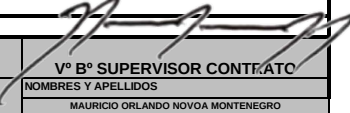


INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

Nombres:	ESTEBAN		Apellidos:	ORJUELA GONZÁLEZ	
N° Expediente Virtual	2023800701601826E		CPS/AÑO:	1543/2023	
Dirección Residencia:	DIAGONAL 15A #99A-30		Teléfono:	3144614973	
Objeto contractual:	GUARDIÁN DE LA CICLOVÍA		Mes / Año:	MARZO/2024	
JORNADA 1	FECHA:	03 DE MARZO DE 2024			
CORREDOR Y/O PROGRAMA	DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES				
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	El guardián da inicio a sus labores a las 06:00 horas en el punto de formación del corredor ubicado en la avenida Boyacá por calle 116, donde el líder de ruta Diego González da inicio a la reunión operativa, en la que se comentan novedades generales para la jornada con ayuda de los radio apoyos; después de esto el guardián se dirige a su tramo a realizar movimiento de material para dar apertura a Ciclovía a las 07:00 horas. A lo largo de la jornada el guardián realiza recorridos enérgicos, donde está pendiente de que sus servidores sociales realicen sus funciones de manera óptima y donde está atento a cualquier novedad que pueda ocurrir. Cerca a las 14:00 horas, el guardián con ayuda de sus servidores, realiza levantamiento de material, finalizando jornada a las 14:06 horas.				
JORNADA 2	FECHA:	10 DE MARZO DE 2024			
CORREDOR Y/O PROGRAMA	DESARROLLO DE LA JORNADA Y OBSERVACIONES				
NORTE 1 - BOYACÁ NORTE	El guardián empieza su jornada a las 06:00 horas con la formación en la avenida Boyacá por calle 116, en donde el gerente Brian Cárdenas da novedades con ayuda de los radio apoyos, también se realiza revisión de elementos de servicio social y un calentamiento breve. Para las 07:00 horas el guardián realiza exitosamente la apertura de su tramo, en donde luego va a proceder a señalar los respectivos fallos de la malla vial con su respectivo reporte, y por otro lado tomará la asistencia de sus vendedores autorizados; el guardián empieza con recorridos enérgicos, dando recomendaciones a los usuarios de transitar siempre por su derecha. Ya para las 14:00 horas, el guardián realiza cierre de ciclovía con el movimiento de material, dando fin a la jornada a las 14:10 horas. NO SE CUENTA HASTA LA FECHA CON BICICLETA INSTITUCIONAL. TOTAL DE JORNADAS (73), JORNADAS EJECUTADAS (73), JORNADAS PENDIENTES POR EJECUTAR (0).				
TOTAL FECHAS TRABAJADAS EN EL MES: (2) DOS					
CONCEPTO DEL SUPERVISOR: El contratista cumple con las obligaciones contractuales.					
 ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ FIRMA DEL CONTRATISTA		V° B° APOYO SUPERVISIÓN NOMBRES Y APELLIDOS		 V° B° SUPERVISOR CONTRATO NOMBRES Y APELLIDOS MAURICIO ORLANDO NOVOA MONTENEGRO	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ		DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLREADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75913984	\$370.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	370.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ		DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-03	I	01/04/2024	75913984	\$370.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres							Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MAA	VMA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1000522743	ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN							3	0		N		X																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	NOMBRES GUARDIÁN:	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 167 Y CALLE 170	C.C.	1000522743	CPS /AÑO:	1543/2023
FECHA:	3/03/2024	TRAMO y/o INDICATIVO:	TRAMO 10	CORREDOR :	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	TRAMO ☒ RA ☐ EGC ☐ CCC ☐ EST ☐ OPER ☐ APH ☐ EP ☐ SSEO ☐ EV.E. ☐ ATN ☐ CAP ☐ MI ☐ AP.AD ☐ OTRO ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián da inicio a sus labores a las 06:00 horas en el punto de formación del corredor ubicado en la avenida Boyacá por calle 116, donde el líder de ruta Diego González da inicio a la reunión operativa, en la que se comentan novedades generales para la jornada con ayuda de los radio apoyos; después de esto el guardián se dirige a su tramo a realizar movimiento de material para dar apertura a CicloVía a las 07:00 horas. A lo largo de la jornada el guardián realiza recorridos enérgicos, donde está pendiente de que sus servidores sociales realicen sus funciones de manera óptima y donde está atento a cualquier novedad que pueda ocurrir. Cerca a las 14:00 horas, el guardián con ayuda de sus servidores, realiza levantamiento de material, finalizando jornada a las 14:06 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS: COMPENSAR	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
Acción Final: G: Atendido por el Guardián, A: Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Traslado), R: Atendido por Patrulla de Reacción, TP: traslado particular.			
Causa: CH: Choque, V: Velocidad, A: Agresión, E: Enfermedad, AT: Accidente de Tránsito, AB: Atropellado por Bicicleta, FM: Falla Mecánica, Vía: Estado de la Vía, FC: Factores Climáticos, P: Puente, PB: Varias Personas en Bicicleta, UV: Uso Inadecuado de Vías, MA: Mordedura de Animal, MB: Mal Manejo de Bicicleta, Otra (especificar cual).			

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GENERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	ACCIÓN FINAL	CAUSA
Acción Final: A: Devolverlo al Acudiente, C: Llevarlo a la Casa, POL: Entregarlo a la Policía								

4. CONTEO DE PARTICIPANTES

CONTEO DE USUARIOS

SENTIDO	BICICLETA	PATINES	CAMINANDO	OTROS	TOTAL
N - S ☐ Occ - Ori ☐					
S - N ☐ Ori - Occ ☐					

CONTEO DE ANIMALES DE COMPAÑIA

ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS DIFERENTES A LAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑIA	OBSERVACIONES
Dirección:	Clima: F ☐ S ☐ LL ☐	Recibido por:	
Observaciones:			
Clima: F: Frío, S: Soleado, LL: Lluvia, O: Opaco			

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	OBSERVACIONES	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACION

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

TIPO DE UNIDAD: 551 :GRUA, 552 : AMBULANCIA, 553: UNIDAD POLICIA DE VIGILANCIA, 554: UNIDAD DE POLICIA DE TRANSITO, 557: BOMBEROS, OTRA (ESPECIFIQUE CUAL)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GENERO	CC / TI	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

☐ E ☐ LA
☐ AC ☐ AT

SIGNOS VITALES

F.C. _____ F.R. _____ P.A. _____ GLASGOW _____

ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Psicológico: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐
 Inmovilización: ☐ Inmov. Cervical: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o GUARDIÁN):

DATOS ACOMPAÑANTE

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO	No. MÓVIL	HOSPITAL o CLÍNICA	ESTADO FINAL PACIENTE	
					Vivo	Muerto

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA Y SELLO

RESPONSABLE DEL TRASLADO MÓVIL

OBSERVACIONES:

Motivo Atención: E: Enfermedad General, LA: Lesión por Agresión, AC: Accidente Común, AT: Accidente de Tránsito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad del ítem 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.

E. González



INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

APELLIDOS GUARDIÁN:	ORJUELA GONZALEZ	NOMBRES GUARDIÁN:	ESTEBAN		
LIMITES DE RECORRIDO:	AVENIDA BOYACÁ ENTRE CALLE 167 Y CALLE 170	C.C.	1000522743	CPS /AÑO:	1543/2023
FECHA:	10/03/2024	TRAMO y/o INDICATIVO:	TRAMO 10	CORREDOR :	NORTE 1 - BOYACÁ NORTE
PROGRAMA:	TRAMO ☒ RA ☐ EGC ☐ CCC ☐ EST ☐ OPER ☐ APH ☐ EP ☐ SSEO ☐ EV.E. ☐ ATN ☐ CAP ☐ MI ☐ AP.AD ☐ OTRO ☐				

1. DESARROLLO DE LA JORNADA

El guardián empieza su jornada a las 06:00 horas con la formación en la avenida Boyacá por calle 116, en donde el gerente Brian Cárdenas da novedades con ayuda de los radio apoyos, también se realiza revisión de elementos de servicio social y un calentamiento breve. Para las 07:00 horas el guardián realiza exitosamente la apertura de su tramo, en donde luego va a proceder a señalar los respectivos fallos de la malla vial con su respectivo reporte, y por otro lado tomará la asistencia de sus vendedores autorizados; el guardián empieza con recorridos enérgicos, dando recomendaciones a los usuarios de transitar siempre por su derecha. Ya para las 14:00 horas, el guardián realiza cierre de ciclovía con el movimiento de material, dando fin a la jornada a las 14:10 horas.

2. ACCIDENTES ATENDIDOS

HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS: COMPENSAR	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
HORA INICIO:	LUGAR:	CC / TI :	EDAD:
HORA FINAL:	RUTA:	NOMBRE:	GENERO:
EPS:	TELÉFONO:	CAUSA:	ACCIÓN FINAL:
DIAGNÓSTICO:			
NOMBRE DEL IMPLICADO	CC/TI IMPLICADO	TELEFONO DEL IMPLICADO	FIRMA IMPLICADO:
OBSERVACIONES:			
Acción Final: G: Atendido por el Guardián, A: Traslado ambulancia (Especificar # Móvil que Traslado), R: Atendido por Patrulla de Reacción, TP: traslado particular.			
Causa: CH: Choque, V: Velocidad, A: Agresión, E: Enfermedad, AT: Accidente de Tránsito, AB: Atropellado por Bicicleta, FM: Falla Mecánica, Vía: Estado de la Vía, FC: Factores Climáticos, P: Puente, PB: Varias Personas en Bicicleta, UV: Uso Inadecuado de Vías, MA: Mordedura de Animal, MB: Mal Manejo de Bicicleta, Otra (especificar cual).			

3. MENORES EXTRAVIADOS

NOMBRE	LUGAR	GENERO	EDAD	HORA	NOMBRE ACUDIENTE	TELÉFONO	ACCIÓN FINAL	CAUSA
Acción Final: A: Devolverlo al Acudiente, C: Llevarlo a la Casa, POL: Entregarlo a la Policía								

4. CONTEO DE PARTICIPANTES

CONTEO DE USUARIOS

SENTIDO	BICICLETA	PATINES	CAMINANDO	OTROS	TOTAL
N - S ☐ Occ - Ori ☐					
S - N ☐ Ori - Occ ☐					

CONTEO DE ANIMALES DE COMPAÑIA

ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	ANIMALES DE COMPAÑIA DE RAZAS DIFERENTES A LAS POSIBLEMENTE PELIGROSAS	TOTAL ANIMALES DE COMPAÑIA	OBSERVACIONES
Dirección:	Clima: F ☐ S ☐ LL ☐	Recibido por:	
Observaciones:			
Clima: F: Frío, S: Soleado, LL: Lluvia, O: Opaco			

5. EVENTOS REALIZADOS

EVENTO	ORGANIZADOR	OBSERVACIONES	LUGAR	HORA INICIO	HORA FINAL

INFORME OPERATIVO - GUARDIANES CICLOVÍA

6. ACTIVIDADES Y CAMPAÑAS

EJE TEMÁTICO	MATERIAL	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS

7. UNIDADES DE APOYO PUNTO FIJO

LUGAR	NOMBRE DE LA UNIDAD	NUMERAL DE LA UNIDAD	HORA LLEGADA	HORA DE RETIRO	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O ALIANZA	OBSERVACION

8. UNIDADES SOLICITADAS

LUGAR	NOVEDAD PRESENTADA	TIPO DE UNIDAD	HORA SOLICITUD	HORA DE ATENCIÓN	N° UNIDAD	N° MOVIL O PLACA	ACCIÓN FINAL

TIPO DE UNIDAD: 551 :GRUA, 552 : AMBULANCIA, 553: UNIDAD POLICIA DE VIGILANCIA, 554: UNIDAD DE POLICIA DE TRANSITO, 557: BOMBEROS, OTRA (ESPECIFIQUE CUAL)

9. ACTA RESPONSABILIDAD TRASLADO

DATOS PACIENTE

FECHA Y HORA INICIO	LUGAR	EDAD	NOMBRES	APELLIDOS	GENERO	CC / TI	EPS	DIRECCIÓN RESIDENCIA	TELÉFONO

MOTIVO ATENCIÓN

☐ E ☐ LA
☐ AC ☐ AT

SIGNOS VITALES

F.C. _____ F.R. _____ P.A. _____ GLASGOW _____

ANTECEDENTES PERSONALES

DESCRIBA SUS HALLAZGOS

PROCEDIMIENTOS

Apoyo Psicológico: ☐ Asepsia: ☐ Vendaje: ☐
 Inmovilización: ☐ Inmov. Cervical: ☐ Reanimación CCP: ☐

DIAGNÓSTICO (Móvil y/o GUARDIÁN):

DATOS ACOMPAÑANTE

TRASLADADO

ESTADO FINAL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	TELÉFONO	No. MÓVIL	HOSPITAL o CLÍNICA	Vivo	Muerto

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

RESPONSABLE DEL TRASLADO MÓVIL

NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA	NOMBRE COMPLETO	CC	FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES:

Motivo Atención: E: Enfermedad General, LA: Lesión por Agresión, AC: Accidente Común, AT: Accidente de Tránsito.

10. OBSERVACIONES Y SOLICITUDES

Sin novedad del ítem 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 Y 9. La bicicleta se deja en la dirección calle 17b #108-34 en perfectas condiciones.

E. González

AFILIACIÓN Y NOVEDADES

Buscar:

Contratante	Inicio contrato	Fin contrato	Actividad Económica	Estado	Nueva afiliación	Prórroga	Finalizar	Certificado	Carné
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	17/03/2023	12/03/2024	5931201	ACTIVO					
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE	16/03/2023	11/01/2024	5931201	INACTIVO					

Si no desea realizar gestión sobre ninguno de los contratos mostrados anteriormente, por favor cree una 'Nueva Solicitud'.

Nueva Solicitud

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Artículos 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	ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN									
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	1.000.522.743	N° contrato	1543/2023		
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	75500694		Fecha de pago	11/03/2024		Valor pagado	\$ 370.500,00			
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		162.500,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		208.000,00				
	Afilación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		0,00		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
8	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual										
	AFC \$					Ahorro Voluntario Pensión \$					
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (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	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 \$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:						\$	N/A			

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 3 AA 2024


FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ		DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75500694	TOTAL A PAGAR
					\$370.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	370.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000522743	ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ		DIAGONAL 15 A 99 A 30 INT 4 APTO 403	4583113	orjuela.gonzalez.esteban@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75500694	\$370.500

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC	1000522743	ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN	3	0		N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1000522743, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230322	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Marzo de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
IDRD

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
24578560

CER-AFI



**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:

ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.522.743**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Marzo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

- 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

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	Es
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
☐ ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf	ACTA DE INICIO ORJUELA GONZALEZ ESTEBAN CTO 1543-2023.pdf
☐ 36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf	36487-ARL_1000522743_IDRD_CTO_1543_2023_20230316124024_45099.pdf
☒ RP CTO 1543-2023.pdf	RP CTO 1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf	INFORME MENSUAL MARZO 2023_ORJUELA GONZALEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 .pdf
☐ INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL ABRIL 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf	INFORME MENSUAL MAYO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf
☐ INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JUNIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL JULIO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf	Primera solicitud de requerimiento Contrato IDRD-CTO- 1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL AGOSTO 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR TEMPORAL 1.pdf	DESIGNACIÓN DE SUPERVISOR TEMPORAL 1.pdf
☐ INFORME MENSUAL SEPTIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL SEPTIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ NFORME MENSUAL OCTUBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	NFORME MENSUAL OCTUBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ DESIGNACIÓN TEMPORAL SUPERVISIÓN 2.pdf	DESIGNACIÓN TEMPORAL SUPERVISIÓN 2.pdf
☐ NFORME MENSUAL NOVIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	NFORME MENSUAL NOVIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ CTO 1543-2023 ADICION.pdf	CTO 1543-2023 ADICION.pdf
☐ NFORME MENSUAL DICIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	NFORME MENSUAL DICIEMBRE 2023_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL ENERO 2024_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf	INFORME MENSUAL ENERO 2024_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023.pdf
☐ INFORME MENSUAL FEBRERO 2024_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf	INFORME MENSUAL FEBRERO 2024_ORJUELA GONZÁLEZ_ESTEBAN_CTO-1543-2023 (1).pdf

Cancelar



La Secretaría Distrital de Salud - SDS, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos - UAECOB y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

ESTEBAN ORJUELA GONZALEZ

CC 1000522743

Tomó el curso virtual gratuito *Primer Respondiente ¡Gente que ayuda!*

Nota: Esta constancia no acredita como instructor ni autoriza el desarrollo de actividades del sector salud

Bogotá D.C. 17 de Noviembre de 2022

SBI-20223003485408

