ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

INFORME No.	11		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	5	06	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2507 del 14 de marzo de 2019
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20198002011027 92E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Christopher Hoel Franco Roa	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1233688025	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR TÉCNICO DEPORTIVO para la formación integral y deportiva de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	El plazo será de ocho meses y ocho días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Diecinueve millones noventa y seis mil pesos moneda legal ($19.096.000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	03/02/2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	05/06/2020	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	17/06 al 28/06/2019 (12 días),10/08/2019 al 27/10/2019(79 días) 16 /11 /2019 al 02/02/2020 (79 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 01/06 al 5/06/2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

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	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No.1. Presentar al supervisor del contrato mediante el SIM, al consejo académico /directivo de la IED asignada, durante las 3 (tres) primeras semanas, la propuesta general del plan formador para cada uno de los grupos/ciclos de acuerdo con la guía pedagógica del proyecto, plan pedagógico del centro de interés asignado, las mallas curriculares, y desempeños anuales en el formato elaborado por el equipo pedagógico, y, mensualmente hacer las respectivas modificaciones según se requiera.	Avance: Para este periodo de actividades la propuesta del plan fonador se está completando y se trabaja con elementos del plan pedagógico Evidencias: Se presenta el avance del plan formador En el formato establecido por el IDRD en el informe numero 1 teniendo en cuenta aspectos técnicos del PEI de la institución educativa Leonardo Posada Pedraza. Ubicación: cd adjunto.
Obligación No. 2. Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.	Avance: Durante el periodo de actividades de este informe se realizó la planeación y ejecución de sesiones virtuales de clase en la institución educativa Manuela Beltrán con dos grupos del centro de interés de actividad física. A continuación se relacionan las sesiones ejecutadas: **Actividad física 1** 3/06/2020 de 10:00 a 12:00 4/06/2020 de 10:00 a 12:00 **Actividad física 2** 3/06/2020 de 13:00 a 15:00 4/06/2020 de 13:00 a 15:00 Evidencias:

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

	durante el periodo de actividades de este informe se realizaron planeaciones en el SIM de sesiones de clase en la institución educativa Manuela Beltrán Ubicación: SIM y cd adjunto obligación 2 correspondiente al mes de junio
Obligación No.3. Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	Avance: Se asignó el usuario y contraseña debido a que se solicita usuario y clave desde el correo christopherunad@gmail.com solicitándolo a soportetiempoescolarc@gmail.coma lo cual respondió dándome usuario y contraseña usuario: christopher.franco Evidencias: Se toma pantallazo de a solicitud de usuario y contraseña Ubicación: cd adjunto obligación 3 correspondiente al mes de junio
Obligación No. 4. Realizar la inscripción, y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto	Avance: durante el periodo de actividades de este informe se realizó registro de asistencia automática por ingreso a la plataforma de los estudiantes en el sim en los grupos de Actividad física 1 y actividad física 2. la asistencia es reducida pues no se tiene una buena difusión de información con los estudiantes lo cual se soluciona con el docente enlace y coordinador **Actividad física 1** 3/06/2020 de 10:00 a 12:00 4/06/2020 de 10:00 a 12:00 **Actividad física 2** 3/06/2020 de 13:00 a 15:00 4/06/2020 de 13:00 a 15:00 Evidencia: durante el periodo de actividades se tomó asistencia automática en el SIM

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

	Ubicación: SIM y cd adjunto obligación 4 correspondiente al mes de junio
Obligación No.5. Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	Avance: durante el periodo de actividades de este informe se suben sesiones de clase al SIM en el tiempo estipulado por el grupo operativo del programa, semanalmente con envió de videos se realiza la planeación de sesiones de clase. A continuación se relacionan las fechas de sesiones planeadas: **Actividad física 1** 3/06/2020 de 10:00 a 12:00 4/06/2020 de 10:00 a 12:00 **Actividad física 2** 3/06/2020 de 13:00 a 15:00 4/06/2020 de 13:00 a 15:00 Evidencia: durante el periodo de actividades de este informe se suben sesiones de clase al SIM en el momento que es enviado el video guía para poder realizar la planeación. Ubicación: SIM y cd adjunto obligación 5 correspondiente al mes de junio
Obligación No.6. Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes	Avance: Hasta el momento no se reporta ningún estudiante con antecedentes o condiciones médicas específicas. Se solicita una base de datos a el docente enlace de la institución educativa Manuela Beltrán Evidencias: el formador tiene una base de datos con los datos de los estudiantes Ubicación: cd adjunto. obligación 6 correspondiente al mes de junio
Obligación No.7. Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.	Avance: Esta información la tienen los directores de curso de la institución educativa. Se solicita una base de datos a el docente enlace de la institución educativa Manuela Beltrán

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

	Evidencias: el formador tiene una base de datos con los datos de los estudiantes Ubicación: cd adjunto. obligación 7correspondiente al mes de junio
Obligación No.8. Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional.	Avance: Durante el periodo reportado en este informe no se ha presentado ninguna eventualidad que deba ser reportada Evidencias: Durante el periodo reportado en este informe no se presenta evidencia ya que no se ha presentado ninguna eventualidad Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe no se presenta reporte de novedad
Obligación No.9. Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	Avance; Durante el periodo reportado en este informe se realizaron múltiples actividades programadas por el equipo pedagógico del proyecto TEC Martes 2 de junio reunión coordinador Camilo Arenas Jueves 4 de junio reunión equipo pedagógico Viernes 5 de junio reunión pedagógico Elkin Alfonso calvo Evidencias: se adjuntan enlaces y pantallazos correspondientes a las reuniones https://meet.google.com/txb-zjok-vjp https://meet.google.com/gfk-aoof-nwz

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

	Ubicación: grupos WhatsApp donde se envían enlaces de reunión cd adjunto. obligación 9 correspondiente al mes de junio
Obligación No.10. Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.	Avance: No sé a logrado identificar talento deportivo debido al cierre del colegio por cuarentena obligatoria Evidencias: No sé a logrado identificar talento deportivo debido al cierre del colegio por cuarentena obligatoria Ubicación: No sé a logrado identificar talento deportivo
Obligación No.11. Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial, so pena de no poder ejecutar ninguna de las actividades del contrato.	Avance: Se entrega el certificado del curso de primer respondiente en el primer informe y se adjunta a documentos de pagos de mayo Evidencia: registro fotográfico de la certificación obligación 11 cd Ubicación: cd adjunto. obligación 11correspondiente al mes de junio
Obligación No.12. Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.	Avance: Seré garante del código de la infancia y la adolescencia siguiendo la normativa de convivencia de la institución educativa Leonardo Posada Pedraza Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe hare cumplir los manuales de Convivencia Escolar Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe Seré garante del código de la infancia y la adolescencia
Obligación No.13. Cumplir con los lineamientos determinados operativa y	Avance:

pedagógicamente en el centro de interés asignado, en concordancia a lo dispuesto en el formato de necesidades del formador que hace parte integral del presente contrato.	Me encuentro en total disposición de cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en mi centro de interés Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe cumplí con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en mi centro de interés Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe Se cumplieron los lineamientos establecidos en el contrato
Obligación No.14. Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	Avance: Daré cumplimiento con el acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI. Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe Di cumplimiento al acuerdo de confidencialidad Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe se Cumple con la seguridad de la información SGSI.
Obligación No.15. Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados por el Supervisor del Contrato, para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos. Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales o Internacionales deben ser autorizados por la Dirección General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD.	Avance: Durante el periodo reportado en este informe no se ha participado en eventos deportivos con los estudiantes del colegio debido al cierre del colegio por cuarentena obligatoria Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe no se realizaron eventos deportivos con los estudiantes del colegio Manuela Beltrán Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe no se participó en eventos deportivos
Obligación No. 16. Solicitar de manera formal (correo electrónico u oficio) al Supervisor del contrato, indicando la fecha de inicio y de terminación, con mínimo ocho (8) días de antelación, la suspensión y ampliación de suspensión del contrato de acuerdo	Avance: Durante el periodo reportado en este informe no se realizó suspensión Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe no se realizó suspensión

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

con las causales establecidas por la normatividad vigente y los lineamientos de la entidad. En caso de que la causal de suspensión no permita la antelación establecida, el contratista deberá solicitar dicha suspensión de forma inmediata mediante correo electrónico al Supervisor del contrato; así mismo deberá realizar oportunamente la transacción de suspensión, ampliación de suspensión y reinicio en la plataforma SECOP II y verificar su publicación. 16. En caso de presentarse una terminación anticipada realizar oportunamente la transacción y verificar su publicación en la plataforma transaccional SECOP II.	Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe no se realizó suspensión
Obligación No.18. Registrar en el informe mensual de actividades, la gestión adelantada referente a los documentos asignados en el Sistema de Gestión Documental ORFEO.	Avance: Se registran actividades mensualmente Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe se presentan todos los soportes requeridos Ubicación: Durante el periodo reportado en este informe Registrar en el informe mensual de actividades
Obligación No.19. Elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, en las fechas establecidas en el mismo.	Avance: Se cargara el informe de ejecución mensual a la plataforma SECOP II Evidencia: Durante el periodo reportado en este informe se sube el informe a la plataforma SECOP II Ubicación: SECOP II pantallazo cd adjunto. obligación 19 correspondiente al mes de junio
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 SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	Sanitas eps	$118.800
PAGO APORTES PENSIÓN	Protección	$ 28.500
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	Positiva	$ 23.200
	TOTAL	$170.500

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



Firma Contratista

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

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GONZALEZ CARDENAS
N° de Identificación: 79747015
Cargo: asesor de dirección general código 105grado 02

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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:

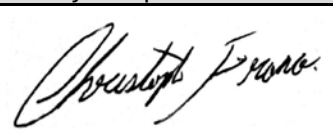
1	Contrato No.	**2507 del 14 de marzo de 2019**											
2	Nombre del Contratista	**Christopher Hoel Franco Roa**											
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1233688025**					
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**x**	**REGIMEN SIMPLE**	
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**x**
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**x**
8	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.												
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**118.800,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**28.500,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23.200,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual												
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $					
10	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									SI		NO	**x**
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**x**
12	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.												
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI	**x**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**x**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**x**
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**x**
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**x**

El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **5** MM **6** AA **2020**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA
No. Identificación: CC1233688025
Dirección: KR 96 # 72 A 34
Telefono: 3142985810
Correo: christopherunad@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 43372916

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1233688025	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2020
Número de planilla	43372916	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2020
Fecha pago	2020-06-12	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	796604	**Total Pagado**	175200
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	21400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	26400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

43372916

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1233688025
APELLIDOS Y NOMBRES: CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	877803	877803	877803	877803	109800	0	26400	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233688025	CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA	KR 96 # 72 A 34	3142985810	christopherunad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
43372916	12/06/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	N	18/06/2020	43454793	$14.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	9.000	0		0		0	0	0	0	9.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	2.100	0	0	0	0	0	0		2.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	1.800				1.800	0	0	1.800			18	1.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.400	0	0	1.400	1

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	9.000	9.000
Pensión	1	2.100	2.100
Riesgos Laborales	1	1.800	1.800
CCF	1	1.400	1.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	14.300	14.300

PAGADA
43454793

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1233688025	CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA	KR 96 # 72 A 34	3142985810	christopherunad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
43372916	12/06/2020				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	N	18/06/2020	43454793	$14.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1233688025	FRANCO ROA CHRISTOPHER HOEL	59	0			N																	230201	950.000	28.500	0	0	0	0	EPS005	950.000	118.800	14-23	950.000	3	23.200	CCF24	950.000	19.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA
No. Identificación: CC1233688025
Dirección: KR 96 # 72 A 34
Telefono: 3142985810
Correo: christopherunad@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 43456035

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1233688025	**Periodo de Cotización Salud**	junio de 2020
Número de planilla	43456035	**Periodo de Cotización Pensión**	junio de 2020
Fecha pago	2020-06-18	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	798268	**Total Pagado**	289300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
43456035

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	21400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	140500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1233688025
APELLIDOS Y NOMBRES: CHRISTOPHER HOEL FRANCO ROA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233688025
NOMBRES	CHRISTOPHER HOEL
APELLIDOS	FRANCO ROA
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	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	01/04/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/19/2020 13:02:29	**Estación de origen:**	186.29.182.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

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

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	Cristopher Hoel Franco Roa	COORDINADOR	CAMILO ESTEBAN ARENAS GOMEZ
FECHA REVISIÓN	2020-06-18 15:17:50	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO MANUELA BELTRAN (I	MANUELA BELTRAN,	1	**Miercoles,10:00:00,12:00:00** 3 **Jueves,10:00:00,12:00:00** 4			4	1
	MANUELA BELTRAN,	2	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 3 **Jueves,13:00:00,15:00:00** 4	3			