# 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.** | 10 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 29 | 02 | 2024 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| **IDRD-CTO-2347-2023-10/05/2023** |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| **2023800701602591E** |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1098628733 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | ( 234 días ) | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | $20.443.800 M/Cte. | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 11/05/2023 | Registre la fecha de inicio del acta |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | 28/02/2024 al 08/04/2024 (41 Días) ( 2.883.100)-Dos millones ochocientos ochenta y tres mil cien | Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique) | 07/10/2023 al 16/10/2023 (10 DIAS) 09/12/2023 al 21/01/2024 (43DIAS) | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 08/04/2024 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | DEL 01 AL 29 DE FEBRERO 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:**<br><br>Planear cada una de las sesiones de clase transversal izando 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) , | **ACTIVIDADES:**<br><br>Para el periodo del mes de FEBRERO del 2024, se realizan actividades de divulgación, inscripción y bienvenida al inicio de actividades de los diferentes centros de interés que ofrece el proyecto JEC a los escolares de la institución educativa Rodrigo Lara Bonilla en las sedes A y B. Para este periodo se inician actividades en la IED Cundinamarca, como apoyo a la formación con los escolares de la institución.<br><br>**EVIDENCIA:**. Actas de reunión y planillas de asistencia<br><br>**UBICACIÓN:** Evidencia digital Secop ll, CTO 2347. Obligación 1 mes de FEBRERO 2024 |

| | |
|---|---|
| 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. | |
| **Obligación No. 2:**<br>Conocer 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, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido. | **ACTIVIDADES:** Para el periodo del mes de FEBRERO del 2024, se esta llevando a cabo la recolección de datos y documentos necesarios para la inscripción de los escolares de la IED Rodrigo Lara Bonilla a los diferentes centros de interés ofertados por el IDRD a través del proyecto JEC.<br><br>**Evidencias:** En el momento que se realicen los seguimientos se colocara la evidencia.<br><br>**Ubicación**: En el momento que se realicen los seguimientos se colocara la evidencia. |
| **Obligación No. 3:**<br>Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos | **ACTIVIDADES:** Para el periodo del mes de FEBRERO no se reportan estudiantes con condiciones susceptibles a semilleros, esto debido a que la IED, se encuentra organizando el comienzo del año académico 2024 y no hay escolares asignados al centro de interés futsal.<br><br>**EVIDENCIA:** En el momento en que aplique se llevara a cabo esta obligación |

por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado

**UBICACIÓN:** En el momento en que aplique se llevara a cabo esta obligación

**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.

**ACTIVIDADES:**

| REUNIONES FEBRERO 2024 | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA** | **REUNION** | **TEMA** | **PARTICIPANTES** |
| 01/02/2024 | Reunión Operativa Pedagógica | Retroalimentación avances de articulación y armonización. Elaboración de documento aportes de cada centro de interés al PEI | , Gestor y formadores IDRD |
| 02/02/2024 | Jornada de bienvenida a clases IED Lara Bonilla | Operatividad inicio de calendario académico | Docente enlace IED y formadores IDRD |
| 08/02/2024 | Reunión Operativa Pedagógica | Componentes pedagógicos del proyecto para el periodo académico 2024 | Docente enlace IED Gestor y formadores IDRD |
| 09/02/2024 | Reunión Operativa Pedagógica | Programación de la jornada. Estaciones Deportivas y Recreativas Presentación Equipo JEC-Sede A | Gestor y formadores IDRD |
| 15/02/2024 | Reunión Operativa | Organización parejas Filarmónica y Formadores IDRD para distribución de cursos a visitar Visita a cada curso para convocatoria y | Docente enlace IED y formadores IDRD |

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td></td><td></td><td>explicación de la inscripción.</td><td></td></tr>
<tr><td>19/02/2024</td><td>Reunión Operativa Pedagógica</td><td>, Gestor y formadores IDRD</td><td>Gestor y formadores IDRD</td></tr>
</table>
<br>EVIDENCIA: Actas y registro fotografico<br><br>UBICACIÓN: Evidencias digital secop II, CTO 2347 carpeta Obligacion N° 4 FEBRERO 2024</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5:<br>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</td><td>ACTIVIDADES: Se da cumplimiento a la presente obligación, promoviendo la utilización de métodos alternativos de solución de conflictos, en procura de evitar posibles problemas de interés que se puedan presentar en el IDRD.<br><br>EVIDENCIA: Se adoptarán las medidas necesarias en favor de evitar posibles conflictos de interés que tengan lugar en el IDRD.<br><br>UBICACIÓN: Se adoptarán las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de interés de acuerdo a la resolución 424 de 2021.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 6:<br>Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de</td><td>ACTIVIDADES: Se da cumplimiento a esta obligación para el periodo del mes de FEBRERO 2024, teniendo en cuenta los temas operativos, pedagógicos y sociales se ha garantizado los recursos digitales, tecnologías y/o informáticas necesarias para garantizar la ejecución del contrato y la comunicación efectiva con las áreas operativas,</td></tr>
</table>

| | |
|---|---|
| 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 | pedagógicas como sociales, con el objetivo de garantizar el desarrollo y ejecución de las sesiones de clase y los encuentros de espacios deportivos del centro de interés en la IED según necesidades solicitadas por el proyecto (JEC)<br><br>**Evidencia:** Informe de actividades obligaciones 1, 2, 3, 4, 5,6.<br><br>**Ubicación: :** Evidencia digital Secop ll, CTO 2347. Obligación 6 mes de FEBRERO 2024 |
| **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. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | SALUD TOTAL | $ 162.500,00 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PROTECCION | $ 208.000,00 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | $ 31.700,00 |
| | **TOTAL** | $ 428.200,00 |

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

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



Firma Contratista
CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA
C.C 1098628733

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

Durante el periodo actual el formador cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales.



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre:Juan Carlos Gutierrez Sanchez
N.º de identificación. 19.475.373
Profecional Especializado Grado 07



Vo. Bo. Heriberto Niño García.
C.C. 19.483.890
Cargo: Gestor IED.

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

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO**
**(**Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional )

**Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes**

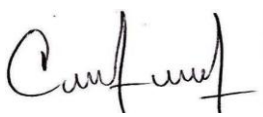
**De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Nombre del Contratista | **CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA** | | | | | | | | | |
| **2** | Identificacion | CC | **X** | CE | | **Numero** | **1098628733** | **N° contrato** | | **CTO-2347-2023** | |
| **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 | **74069544** | | | Fecha de pago | 12/02/2024 | Valor pagado | $ | 429.900,00 | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **$ 162.500,00** | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | **$ 208.000,00** | | | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **31.700,00** | | | 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))** | | | | | | | | | **#** | **1** |
| | **a)** Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo | | | | | | | SI | **X** | NO | |
| | **b)** Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | | SI | | NO | **X** |
| | **c)** Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | | SI | | NO | **X** |
| | **d)** Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (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 **29** MM **2** AA **2024**



FIRMA

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 | 1098628733 | CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA | CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ | 3158438114 | cesartorrado23@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74069544 | $429.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 600 | 0 | 163.100 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 800 | 0 | 208.800 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 4 | 200 | 31.900 | | | 317 | 31.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 4 | 100 | 26.100 | 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 | 162.500 | 163.100 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.900 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 428.200 | 429.900 |

PAGADA

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 |
| CC | 1098628733 | CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA | | CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ | 3158438114 | cesartorrado23@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74069544 | $429.900 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1098628733 | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | CCF24 | 1.300.000 | 26.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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 | 1098628733 | CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA | CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ | 3158438114 | cesartorrado23@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-02 | 2024-02 | I | 20/02/2024 | 74826818 | $428.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 428.200 | 428.200 |

PAGADA

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 |
| CC | 1098628733 | CESAR AUGUSTO TORRADO PINEDA | | CALLE 64 H # 80 24 VILLA LUZ | 3158438114 | cesartorrado23@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-02 | 2024-02 | I | 20/02/2024 | 74826818 | $428.200 | |

## 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 | 1098628733 | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | CCF24 | 1.300.000 | 26.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

# 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 | 1098628733 |
| NOMBRES | CESAR AUGUSTO |
| APELLIDOS | TORRADO PINEDA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

Vo. Bo. Heriberto Niño García.
C.C. 19.483.890
Cargo: Gestor IED.

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A. | CONTRIBUTIVO | 01/10/2017 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 02/19/2024 07:56:04 | **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

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? Si No

| identificación de pago | numero 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 -2347-2023.pdf | 1. ARL -CTO -2347-2023.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. CRP-CTO -2347-2023.pdf | 2. CRP-CTO -2347-2023.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2347-2023 TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO_signed.pdf | ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2347-2023 TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO_signed.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 DICIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 DICIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - NOVIEMBRE 2023.pdf | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - NOVIEMBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - ENERO 2024.pdf | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO - ENERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022.rar (Archivado) | EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022 -.rar (Archivado) | EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2339-2022 -.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2339-2022.rar (Archivado) | EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2339-2022.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023 -.rar | EVIDENCIAS #2 MES MAYO IDRD-CTO-2347-2023 -.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 MES JUNIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar (Archivado) | EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023-.rar | EVIDENCIAS #1 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023-.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 MES JULIO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 MES AGOSTO IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | EVIDENCIAS #1 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 MES SEPTIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO INFORME 3 MES JULIO (1).pdf | TORRADO PINEDA CESAR AUGUSTO INFORME 3 MES JULIO (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 OCTUBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 NOVIEMBRE IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #2 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #2 ENERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS #1 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | EVIDENCIAS #1 FEBRERO_2024 IDRD-CTO-2347-2023.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Carga nueva

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

**018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm