

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-------------|
| INFORME No. | 2 | | |
| FECHA DEL INFORME | DD | MM | AAAA |
| | 30 | 10 | 2024 |

| |
|---|
| No. DEL CONTRATO Y FECHA |
| IDRD-CTO 3148 -2024 del 02/09/2024 |
| No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL |
| 2024800701604629E |

1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1016036741 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS. | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 3 (TRES) MESES | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | 8.592.000 OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS. | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 2/09/2024 | Registre la fecha de inicio del acta |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | | Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique) | 05 AL 14 DE OCTUBRE DE 2024 (10 DÍAS). | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 30/11/2024 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | 01 AL 04 Y DEL 15 AL 30 DE OCTUBRE DE 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 |
|---|--|
| <p>Obligación No. 1: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce</p> | <p>Actividad: Se planeó las sesiones de clase correspondientes al mes de septiembre de 2024 cumpliendo con la ejecución de las sesiones y registro de asistencia al SIM, las sesiones se ejecutan en la IED Cundinamarca Igualmente se planean las sesiones de clase integrando los contenidos del componente psicosocial del módulo 1 capítulo 2. Las clases se están ejecutando en la piscina autopista sur.</p> <p>Las sesiones programas y ejecutas por grupo son las siguientes:</p> <p>GRUPO 1 MARTES Y JUEVES EN LOS HORARIOS DE 9:15 A 11:15. SESIONES PLANEADAS: 1, 3, 15, 17, 22, 24, 29, 31. SESIONES EJECUTADAS: 1, 3, 15, 17. SESIONES POR EJECUTAR: 22, 24, 29,31.</p> <p>GRUPO 2 MARTES Y JUEVES EN LOS HORARIOS DE 1:00 A 3:00. SESIONES PLANEADAS: 1, 3, 15, 17, 22, 24, 29, 31. SESIONES EJECUTADAS: 1, 3, 15, 17. SESIONES POR EJECUTAR: 22, 24, 29,31.</p> <p>GRUPO 3 MIERCOLES Y VIERNES EN LOS HORARIOS DE 9:15 A 11:15. SESIONES PLANEADAS: 2, 4, 16, 18, 23, 25, 30. SESIONES EJECUTADAS: 2, 4, 16, 18. SESIONES POR EJECUTAR: 23, 25, 30.</p> <p>GRUPO 4 MIERCOLES Y VIERNES EN LOS HORARIOS DE 1:00 A 3:00. SESIONES PLANEADAS: 2, 4, 16, 18, 23, 25, 30. SESIONES EJECUTADAS: 2, 4, 16, 18. SESIONES POR EJECUTAR: 23, 25, 30.</p> <p>Se realiza el informe pedagógico del centro de interés natación, entregado a la formadora Jennifer Agudelo.</p> <p>Se realizan las valoraciones formativas de los alumnos que asisten al centro de interés de natación en la piscina Pavco del colegio Cundinamarca.</p> |

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)

| | |
|--|--|
| <p>(12) horas después de ejecutada.</p> | <p>Evidencia: Planeaciones y registros de asistencias de clases Formato de acompañamiento de clase por parte del gestor IED German Parra.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 del mes de octubre 2024/ Obligación 1 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) – https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1uOVrMrCf63Zy - 04wi7gcD_opYwRPuBx</p> |
| <p>Obligación No. 2: Asistir y realizar las sesiones de clase y/o cualquier actividad complementaria necesaria para el adecuado desarrollo del proyecto, prestando sus servicios, de manera presencial, conforme con las indicaciones establecidas por el supervisor del contrato, o por medio de plataformas virtuales; y/u otras modalidades de ejecución alternativas que resulten necesarias y le sean asignadas, para el buen desarrollo y cumplimiento de las metas establecidas por el proyecto.</p> | <p>Actividad: Se ejecutaron las sesiones de clase descritas en la obligación anterior. Asistí a las reuniones citadas por el proyecto de manera presencial y virtual según asignaciones dadas por los gestores.</p> <p>18 de septiembre. 6:45 pm a 7:30 pm. Reunión operativa gestor German Parra</p> <p>21 de septiembre. 9:00 am a 12:00 am. Reunión psicosocial, diego Alejandro y operativa German parra</p> <p>Evidencia: Reporte SIM, registro fotográfico de actividades, actas de apoyo.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 el mes de octubre 2024/ Obligación 2 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) – https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1WNqGiqQpmWGBDhjCgMTEx IHs_iFXyqy</p> |
| <p>Obligación No. 3: Solicitar a la instituciones educativas distritales-IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), estableciendo 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</p> | <p>Actividad: Se solicito a la IED los antecedentes médicos de estudiantes beneficiarios del centro de interés natación, así mimos se solicita la base de datos de los estudiantes registrados, realizo listados de los grupos asignados para la atención.</p> <p>Evidencia: Antecedentes médicos, listados de estudiantes, base de datos de grupos.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 el mes de octubre 2024/ Obligación 3 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) – https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1F8hPVu4gel-Gxz67Zd1mC0e6E1CY12vs</p> |

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)

| | |
|---|--|
| <p>contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p> | |
| <p>Obligación No. 4: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p> | <p>Actividad: Para el presente periodo no cuento con estudiantes para ser reportados al componente de talentos o semilleros, estaré atento/a al avance de los estudiantes y realizaré el seguimiento necesario al proceso de los estudiantes. Se reportarán estudiantes para el festival de semillero de aletas y para natación cuando sea solicitado.</p> <p>Evidencia: Correo electrónico – reporte de estudiantes para el festival de semilleros cuando sea solicitado.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 del mes de septiembre 2024/ Obligación 4 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) –</p> |
| <p>Obligación No. 5 Asistir, participar y/o apoyar las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto, 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.</p> | <p>Actividad: Asistí a las reuniones citadas por el proyecto para el cumplimiento de los lineamientos operativos, psicosociales y pedagógicos del mismo.</p> <p>18 de septiembre. 6:45 pm a 7:30 pm. Reunión operativa gestor German Parra</p> <p>21 de septiembre. 9:00 am a 12:00 am. Reunión psicosocial y operativa German parra</p> <p>Evidencia: Actas de reunión, registro fotográfico, listados de asistencia, correos de citación.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 del mes de octubre 2024/ Obligación 5 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) – https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1TcSgpMrkNJleH_Mlysfip5nIUl0yvBa</p> |
| <p>Obligación N 6. Las demás que sean inherentes al</p> | <p>ACTIVIDAD: realice el cargue de evidencias y plan de pagos en la plataforma secop 2 ítem 7 ejecución del contrato.</p> |

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)

| | |
|---|---|
| <p>desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.</p> | <p>EVIDENCIA: pantallazo secop</p> <p>UBICACIÓN: www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 2 del mes de octubre 2024/ Obligación 5 Google drive – (ynikololaya@gmail.com) –</p> |
| <p>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.</p> | |

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 | COMPENSAR | 162.500 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PROTECCION | 208.000 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | 31.700 |
| | | 402.200 |

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
Nombre: Yaiza Nicol Olaya Suarez
No. de Identificación: 1016036741

VoBo


ANGIE JOHANA
PACHECO RODRIGUEZ
cc: 1.023.882.449
GESTORA NATACIÓN

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

LA FORMADORA CUMPLIO CON LA EJECUCIÓN DE LAS OBLIGACIONES DEL PRESENTE INFORME



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
N° de Identificación: 80.240.522
Cargo: Asesor Código 105 Grado 01

Señores:

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE

Ciudad.

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 | OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL | | | | | | | | |
| 2 | Identificación | CC | X | CE | Numero | 1016036741 | N° contrato | IDRD-CTO-3148 -2024 | | |
| 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 MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención. | | | | | | | | | |
| | Número de planilla | 80906056 | Fecha de pago | 18/10/2024 | Valor pagado | \$ | 405.000,00 | | | |
| | 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 retención 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 podrá deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0)) | | | | | | | # | 0 | |
| | a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo | | | | | | SI | NO | X | |
| | b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo | | | | | | SI | NO | X | |
| | c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | NO | X | |
| | d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | NO | X | |
| e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | | | SI | NO | X | | |
| 12 | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | | | SI | NO | X | |
| 13 | (OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de: | | | | | | \$ | | | |

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los:

DD **30** MM **10** AA **2024**

FIRMA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|---------------|--------------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016036741 | YAIZA NICOL OLAYA SUAREZ | | CR 81A#13D-27 | 3144526224 | ynikololaya@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 | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 18/10/2024 | 80906056 | \$405.000 | |

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 | 9 | 1.100 | 0 | 163.600 | 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 | 9 | 1.400 | 0 | 209.400 | 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 | 9 | 300 | 32.000 | | | 317 | 32.000 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 9 | 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 | 163.600 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 32.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 405.000 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|--------------------------|---------------|--------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016036741 | YAIZA NICOL OLAYA SUAREZ | CR 81A#13D-27 | 3144526224 | ynikololaya@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | TOTAL A PAGAR | | | | |
| 2024-09 | 2024-09 | I | 18/10/2024 | 80906056 | \$405.000 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | 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 | 1016036741 | OLAYA SUAREZ YAIZA NICOL | 57 | 0 | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 20:59:37
yaiza nicol olaya...



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado | |
|------------|-------------------|--|--------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| Pago 001 | Pago 001 | 23 minutos de tiempo transcurrido (22/10/2024 8:35:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 2.864.000 COP | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle |

Crear

Documentos de ejecución del contrato



ANGIE JOHANA
PACHECO RODRIGUEZ
cc: 1.023.882.449
GESTORA NATACIÓN

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO 3148-2024.pdf | CTO 3148-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> ARL CTO 3148-2024.pdf | ARL CTO 3148-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME 1 SEPTIEMBRE 2024.pdf | EVIDENCIAS INFORME 1 SEPTIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME 2 OCTUBRE 2024.zip | EVIDENCIAS INFORME 2 OCTUBRE 2024.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

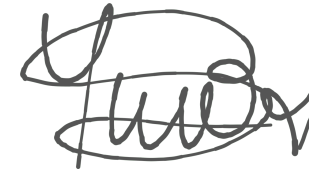
Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

1.RELACIÓN SESIONES

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-------|---|--------------------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| NOMBRE | YAISA NIKOL OLAYA SUAREZ | | COORDINADOR | ANGIE JOHANA PACHECO RODRIGUEZ | | | |
| FECHA REVISIÓN | 2024-10-21 07:18:44 | | Mes | Octubre | | | |
| IED | SEDE | GRUPO | SESIONES PLANEADAS (HORARIO) | SESIONES EJECUTADAS | SESIONES NO EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS |
| COLEGIO CUNDINAMARCA (IED) | CUNDINAMARCA, | 1 | Martes,09:15:00,11:15:00 1-15-22-29 Jueves,09:15:00,11:15:00 3-17-24-31 | 1-3-15-17 | | 30 | 16 |
| | CUNDINAMARCA, | 2 | Martes,13:00:00,15:00:00 1-15-22-29 Jueves,13:00:00,15:00:00 3-17-24-31 | 1-3-15-17 | | | |
| | CUNDINAMARCA, | 3 | Miercoles,09:15:00,11:15:00 2-16-23-30 Viernes,09:15:00,11:15:00 4-18-25 | 2-4-16-18 | | | |
| | CUNDINAMARCA, | 4 | Miercoles,13:00:00,15:00:00 2-16-23-30 Viernes,13:00:00,15:00:00 4-18-25 | 2-4-16-18 | | | |





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 | 1016036741 |
| NOMBRES | YAIZA NICOL |
| APELLIDOS | OLAYA SUAREZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

VoBo

 ANGIE JOHANA PACHECO RODRIGUEZ
 cc: 1.023.882.449
 GESTORA NATACION

Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|--------|---|--------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 01/04/2018 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

Fecha de Impresión: 10/21/2024 19:02:07 | 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](#)