

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.	5		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	10	08	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CTO 0489 - 05/04/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701600551E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	52799569	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	CUATRO (4) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL (\$11.456.000 m/cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	11-04-2024	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)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	10-08-2024	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 10 DE AGOSTO 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:</p> <p>Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p>Actividades:</p> <p>Cumpliendo con la ejecución de las clases programadas de acuerdo a los lineamientos establecidos por la gerencia del proyecto y transversalizando el componente psicosocial, pedagógico y teniendo en cuenta la población atendida, las necesidades, características de los estudiantes.</p> <p>Para cumplir con el objeto contractual lo mejor posible, se hace el acompañamiento a los grupos cuatro Grupos asignados por la IED DELIA ZAPATA OLIVELLA de forma presencial para el centro de interés de fútbol en los siguientes horarios:</p> <p>Las clases planeadas y ejecutadas en los diferentes grupos fueron:</p> <p>Evidencias: Con evidencia en el Sistema de información misional (SIM).</p> <p>Ubicación: SIM, Carpeta obligación 1 # 7 secop II mes Agosto.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>CURSO</th> <th>HORARIO</th> <th>SESIONES PLANEADAS</th> <th>SESIONES EJECUTADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>SELECTIVO</td> <td>Lunes y Miércoles de 9:30 a 11:30 m</td> <td>5 De agosto</td> <td>5 De agosto</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>202 A</td> <td>Lunes y Miércoles de 13:00 a 15:00 pm</td> <td>5 De agosto</td> <td>5 De agosto</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>504 A</td> <td>Martes y Jueves de 9:30 am 11:30 m</td> <td>1,8 de agosto</td> <td>1,8 de agosto</td> </tr> </tbody> </table>	GRUPO	CURSO	HORARIO	SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	1	SELECTIVO	Lunes y Miércoles de 9:30 a 11:30 m	5 De agosto	5 De agosto	2	202 A	Lunes y Miércoles de 13:00 a 15:00 pm	5 De agosto	5 De agosto	3	504 A	Martes y Jueves de 9:30 am 11:30 m	1,8 de agosto	1,8 de agosto
GRUPO	CURSO	HORARIO	SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS																	
1	SELECTIVO	Lunes y Miércoles de 9:30 a 11:30 m	5 De agosto	5 De agosto																	
2	202 A	Lunes y Miércoles de 13:00 a 15:00 pm	5 De agosto	5 De agosto																	
3	504 A	Martes y Jueves de 9:30 am 11:30 m	1,8 de agosto	1,8 de agosto																	

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)

	4	302A	Martes y Jueves de 13:00 a 15:00 pm	1,8 de agosto	1,8 de agosto
<p>Obligación No. 2:</p> <p>Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>Evidencias: Con evidencia en el Sistema de información misional (SIM).</p> <p>Ubicación: SIM, Carpeta obligación 1 # 7 secop II mes Agosto.</p> <p>Actividades:</p> <p>Para este periodo de actividades envié un correo a jornadaextendida@gmail.com dirigido al docente enlace de la IED, para hacer la solicitud de los antecedentes médicos de los estudiantes que tengo a cargo en el centro de interés de fútbol. Correspondientes a los siguientes cursos: 204 A, 302 A, 602 A y los estudiantes del selectivo de los grados 8° y 9°.</p> <p>Evidencias: Pantallazo del correo enviado haciendo la solicitud.</p> <p>Ubicación: En mi correo personal y correo jornadaextendida de la IED, Carpeta obligación 2 # 7 secop II del mes de Agosto.</p>				
<p>Obligación No. 3:</p> <p>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>Actividades:</p> <p>Actividades:</p> <p>Por medio de un correo electrónico le informo a la Gestora IED que Para este periodo de actividades no se reporta ningún estudiante que cumpla con las condiciones para ser remitidos a semilleros, cuando se detecte algún estudiante hare el trámite correspondiente.</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>Evidencias: correo enviado a la de la Gestora IED.</p> <p>Ubicación: Carpeta obligación 3 # 7 secop II mes Agosto.</p>									
<p>Obligación No. 4:</p> <p>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.</p>	<p>Actividades:</p> <table border="1" data-bbox="727 741 1448 1188"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>TEMAS TRATADOS</th> <th>EVIDENCIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01/08/2024</td> <td>Portal Contratistas- Informe de Actividades. Juegos Intercolegiados. Varios</td> <td>Acta y registro fotográfico</td> </tr> <tr> <td>08/08/2024</td> <td>Portal Contratistas. Juegos Intercolegiados. Terminación de contratos.</td> <td>Acta y registro fotografico.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Evidencias: Con evidencia en las planillas de asistencia que se llenaron en la reunión.</p> <p>Ubicación: Carpeta obligación 4 # 7 secop II mes Agosto.</p>	FECHA	TEMAS TRATADOS	EVIDENCIA	01/08/2024	Portal Contratistas- Informe de Actividades. Juegos Intercolegiados. Varios	Acta y registro fotográfico	08/08/2024	Portal Contratistas. Juegos Intercolegiados. Terminación de contratos.	Acta y registro fotografico.
FECHA	TEMAS TRATADOS	EVIDENCIA								
01/08/2024	Portal Contratistas- Informe de Actividades. Juegos Intercolegiados. Varios	Acta y registro fotográfico								
08/08/2024	Portal Contratistas. Juegos Intercolegiados. Terminación de contratos.	Acta y registro fotografico.								
<p>Obligación No. 5:</p> <p>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-</p>	<p>Actividades:</p> <p>Para este periodo de actividades cumplo con esta obligación teniendo en cuenta que no tengo ningún tipo de interés de los mencionados en la obligación y presento completamente diligenciado el documento de conflicto de intereses</p> <p>Evidencias: Con evidencia en el documento de conflicto de interés</p> <p>Ubicación: en el sideap y la Carpeta obligación 5 # 7 secop II mes Agosto.</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>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.</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	FAMISANAR	\$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	\$ 208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	\$ 31.700
TOTAL		\$ 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 ipensable 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.

Anyela M. Sanabria Q.

Firma Contratista
Anyela Marcela Sanabria Quiroga.
N° C.C. 52799569

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

La formadora cumple a cabalidad con sus obligaciones contractuales, acatando los lineamientos técnicos, operativos y pedagógicos del proyecto Jornada Escolar Complementaria

RENE TORRES

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
N° de Identificación: 80240522
Cargo: Asesor Código 105 Grado 1

EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ

VB
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
C.C.No 52.588.403
GESTORA IED-IDRD
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA

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

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del párrafo 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	SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	52799569	N° contrato	IDRD-CTO-0489-2024	
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
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.									
7	Número de planilla	1065194910	Fecha de pago	14/08/2024	Valor pagado	\$ 402.200			
	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
DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.									
De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))								#	0
11	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 fisicos 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 (párrafo 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 10 MM 8 AA 2024

Anyela M. Saubania Q.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-15, 04:14:45 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1065194910

Periodo Cotización: julio de 2024

Periodo Servicio: julio de 2024

Referencia pago (PIN): 8810492262

PAGADO 14/08/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA		
Documento	CC52799569	Dirección	CALLE 132 A N 123 A 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212040106
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGF	UMC	AVP	AGP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52799569	ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA	59	00																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2.436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-21, 12:40:00 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1065912715

Periodo Cotización:

agosto de 2024

Periodo Servicio:

agosto de 2024

Referencia pago (PIN):

8810492262

PAGADO 21/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA		
Documento	CC52799569	Dirección	CALLE 132 A N 123 A 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3212040106
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UMC	AMP	AC	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52799569	ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2.436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200



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	52799569
NOMBRES	ANYELA MARCELA
APELLIDOS	SANABRIA QUIROGA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

VB
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
C.C.No 52.588.403
GESTORA IED-IDRD
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	15/03/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/21/2024 21:02:54 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA			COORDINADOR	EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ		
FECHA REVISIÓN	2024-08-21 15:43:23			Mes	Agosto		
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVE	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	1	Lunes,09:30:00,11:30:00 5	5		6	6
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	2	Lunes,13:00:00,15:00:00 5	5			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	3	Jueves,09:30:00,11:30:00 1-8	1-8			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	4	Jueves,13:00:00,15:00:00 1-8	1-8			
FECHA - HORARIO	2024-08-01 (08:00:00 - 09:00:00)			TEMA	REUNIÓN OPERATIVA		
FECHA - HORARIO	2024-08-08 (06:30:00 - 07:30:00)			TEMA	REUNIÓN OPERATIVA		
FECHA - HORARIO	2024-08-08 (06:30:00 - 07:30:00)			TEMA	REUNIÓN OPERATIVA		

Anyela M. Sanabria Q.

ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA
C.C 52.799.569
FORMADORA DEPORTIVA



VB
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
C.C.No 52.588.403
GESTORA IED-IDRD
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA



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

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

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	004	20 días de tiempo transcurrido (8/08/2024 4:28:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1. ARL-CTO-0489-2024.pdf	1. ARL-CTO-0489-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> 2. CRP-CTO 0489-2024.pdf	2. CRP-CTO 0489-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME # 1 OCTUBRE 2024.zip (Archivado)	EVIDENCIAS INFORME # 1 OCTUBRE 2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME # 1 ABRIL 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME # 1 ABRIL 2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME # 2 MAYO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME # 2 MAYO 2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIA INFORME # 3 JUNIO PARTE 1 2024.zip	EVIDENCIA INFORME # 3 JUNIO PARTE 1 2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIA INFORME # 3 JUNIO PARTE 2 2024.zip	EVIDENCIA INFORME # 3 JUNIO PARTE 2 2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO CPS IDR-CTO-489-2024 SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDR-CTO-489-2024 SANABRIA QUIROGA ANYELA MARCELA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME # 3 JUNIO 2024.pdf	INFORME # 3 JUNIO 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIA INFORME # 5 AGOSTO -2024.zip	EVIDENCIA INFORME # 5 AGOSTO -2024.zip	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME # 1 ABRIL 2024.pdf	INFORME # 1 ABRIL 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> INFORME # 2 MAYO 2024.pdf	INFORME # 2 MAYO 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

VB
EMMA LUCIA TORRES MUÑOZ
C.C.No 52.588.403
GESTORA IED-IDRD
JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Fecha de solicitud original: 2024-08-21 21:14:58

**EL ALMACENISTA GENERAL DEL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE
- IDRD -**

CERTIFICA

Que, una vez revisado en el módulo de Activos Fijos del Sistema de Información Administrativo y Financiero **SEVEN** del Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, el Almacenista General de la Entidad certifica que el(la) señor(a): **ANYELA MARCELA SANABRIA QUIROGA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **52799569**, no tiene, ningún elemento o activo, bajo su cargo.

Se expide el presente certificado de cumplimiento de entrega de bienes por parte de contratistas a solicitud del peticionario con el fin de realizar los trámites administrativos correspondientes con motivo de la **TERMINACIÓN O CESIÓN DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. IDRD-CTO-0489-2024**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **21** días del mes de **agosto** de **2024**.

NOTA: Lo anterior en cumplimiento con lo previsto en el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes en las Entidades de Gobierno Distritales, adoptado mediante la Resolución No. 001 del 30 de septiembre de 2019 expedida por la Secretaria de Hacienda de Bogotá.



GONZALO RODRÍGUEZ MORA
ALMACENISTA GENERAL 215-08

La autenticidad de este documento se puede validar a través del enlace inferior.
O escaneando el código QR desde un dispositivo móvil.

Código de verificación: ALM-EsTwikt5m

<https://portalcontratista.idrd.gov.co/es/validar-documento?validate=ALM-EsTwikt5m>