

## 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)

<b>INFORME No.</b>	2		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	30	10	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
<b>IDRD-CTO-3191-2024</b>
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RODRIGUEZ FARFAN HAROL SMITH	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79.979.462	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	tres (3) meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	ocho millones quinientos noventa y dos mil pesos (\$8.592.000) m/cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	02/09/2024	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)	Del 5 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	Del 1 al 4 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><b>Obligación 1:</b> 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 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 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><b>Actividad:</b> Para el presente periodo de actividades se planearon las diferentes sesiones de clase para los grupos asignados, Para estas sesiones se tuvieron en cuenta diversas actividades lúdicas, recreativas y deportivas para mantener las sesiones en un alto nivel de armonía y dinamismo, Para los escolares que pertenecen a los Diferentes ciclos educativos de la IED Manuelita Sáenz. De igual manera fueron tenidos en Cuenta los diferentes lineamientos por parte del colegio y el IDRD Para ser registradas en la plataforma SIM. De igual manera se realizaron las valoraciones formativas para cada grupo organizado para el centro de interés.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">1.RELACIÓN SESIONES</th> </tr> <tr> <td colspan="2">COORDINADOR</td> <td colspan="4">Flor Angela Pulido Rodriguez</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="4">Octubre</td> </tr> <tr> <th>GRUPO</th> <th>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</th> <th>SESIONES EJECUTADAS</th> <th>SESIONES NO EJECUTADAS</th> <th>TOTAL PROGRAMADAS</th> <th>TOTAL EJECUTADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Martes,08:00:00,10:00:00 1-15-22-29 Jueves,08:00:00,10:00:00 3-17-24-31</td> <td>1-3-15-17</td> <td></td> <td rowspan="4">31</td> <td rowspan="4">16</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Martes,10:00:00,12:00:00 1-15-22-29 Jueves,10:00:00,12:00:00 3-17-24-31</td> <td>1-3-15-17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Martes,13:00:00,15:00:00 1-15-22-29 Jueves,13:00:00,15:00:00 3-17-31</td> <td>1-3-15-17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Martes,15:00:00,17:00:00 1-15-22-29 Jueves,15:00:00,17:00:00 3-17-24-31</td> <td>1-3-15-17</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Evidencias:</b> plataforma SIM IDRD, donde permanecen las diferentes sesiones de clase para cada grupo con la respectiva asistencia.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II - Numeral 7 (Ejecución del Contrato) - Carpeta comprimida ZIP Evidencias Informe Octubre Obligación 1.</p>	1.RELACIÓN SESIONES						COORDINADOR		Flor Angela Pulido Rodriguez				Mes		Octubre				GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS	1	Martes,08:00:00,10:00:00 1-15-22-29 Jueves,08:00:00,10:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17		31	16	2	Martes,10:00:00,12:00:00 1-15-22-29 Jueves,10:00:00,12:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17		3	Martes,13:00:00,15:00:00 1-15-22-29 Jueves,13:00:00,15:00:00 3-17-31	1-3-15-17		4	Martes,15:00:00,17:00:00 1-15-22-29 Jueves,15:00:00,17:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17	
1.RELACIÓN SESIONES																																											
COORDINADOR		Flor Angela Pulido Rodriguez																																									
Mes		Octubre																																									
GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS																																						
1	Martes,08:00:00,10:00:00 1-15-22-29 Jueves,08:00:00,10:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17		31	16																																						
2	Martes,10:00:00,12:00:00 1-15-22-29 Jueves,10:00:00,12:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17																																									
3	Martes,13:00:00,15:00:00 1-15-22-29 Jueves,13:00:00,15:00:00 3-17-31	1-3-15-17																																									
4	Martes,15:00:00,17:00:00 1-15-22-29 Jueves,15:00:00,17:00:00 3-17-24-31	1-3-15-17																																									

## 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><b>OBLIGACIÓN 2:</b> 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><b>Actividad:</b> Para el presente periodo de actividades se asistió de manera puntual y se utilizó el material didáctico con el que se cuenta en el container para el buen desarrollo de las diferentes sesiones de clase programadas con cada uno de los grupos organizados.</p> <p><b>Evidencias:</b> Actas de reunión, enlaces de conexión plataforma meet.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II - Numeral 7 (Ejecución del Contrato) - Carpeta comprimida ZIP Evidencias Informe Octubre Obligación 2.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN 3:</b> Solicitar a la instituciones educativas distritales-IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, 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 contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p><b>Actividad:</b> Para el presente periodo de actividades fue entregada una circular informativa para la inscripción de los escolares a los diferentes centros de interés, la cual debía ser firmada por el acudiente para luego ser entregada al formador adjuntando una copia de la EPS y del documento de identidad, dicha circular tiene los datos de contacto del acudiente en caso de ser requerido, antecedentes médicos del escolar. Esta documentación se encuentra en la carpeta personal del formador deportivo.</p> <p><b>Evidencia:</b> circular de inscripción a los diferentes centros de interés.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II - Numeral 7 (Ejecución del Contrato) - Carpeta comprimida ZIP Evidencias Informe Octubre Obligación 3.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN 4:</b> 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><b>Actividad:</b> para el presente periodo de actividades no fue detectado algún escolar que pueda pertenecer al proyecto talentos deportivos, pero me encuentro en total disposición para reportar a los escolares que tengan el perfil para ser reportados al componente de talentos deportivos.</p> <p><b>Evidencia:</b> no se cuenta con evidencia.</p> <p><b>Ubicación:</b> no se cuenta con ubicación.</p>
<p><b>OBLIGACIÓN 5:</b> Asistir, participar y/o apoyar las sesiones de</p>	<p><b>Actividad:</b> Durante el presente periodo de actividades se asistió a las diferentes reuniones que se llevaron a cabo, organizadas y programadas por los diferentes equipos</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>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>	de trabajo del proyecto jornada escolar complementaria Como son pedagógico y social para el fortalecimiento y mejora continua de la ejecución de las diferentes actividades programadas.				
	REUNION	HORA	ASITENTES	LUGAR	TEMAS
	17-oct	7PM	GRUPO FORMADORES Y GESTORA ANGELA PULIDO	<a href="https://meet.google.com/mso-svdr-fwp">https://meet.google.com/mso-svdr-fwp</a> <a href="https://meet.google.com/vxf-zkdy-swg">https://meet.google.com/vxf-zkdy-swg</a>	festival zonal, componente operativo, pedagógico, social, administrativo, cobertura, valoraciones, novedades.
18-oct	9AM	GRUPO FORMADORES, GESTORA ANGELA PULIDO Y EQUIPO SOCIAL	BIBLIOTECA COLEGIO MANUELITA SAENZ	INCLUSION Y DIFERENCIA EN EL MARCO DE LA PRACTICA DEPORTIVA	
	<p><b>Evidencias:</b> Actas de reunión, enlaces de conexión plataforma meet.</p> <p><b>Ubicación:</b> Plataforma secop II - Numeral 7 Ejecución del Contrato, se realizó el cargue con la carpeta donde se encuentra copia de las actas y formatos de asistencia de las diferentes actividades a las que se asistió, Carpeta comprimida ZIP Evidencias Octubre Obligación 5.</p>				
<p><b>Declaración:</b> 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. FORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	NOMBRE DE LA EPS	\$162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	NOMBRE EMPRESA PENSION	\$208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA ARL	\$ 31.700
	<b>TOTAL</b>	\$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.



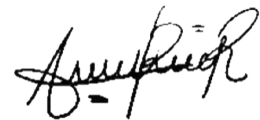
NOMBRE: Harol Smith Rodríguez Farfán  
CC: 79.979.462.

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

En el presente periodo el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.



Vo Bo Supervisor del contrato  
Nombre: WILLIAM RENE TORRES AGUDELO  
Número de identificación: 80240522  
Cargo: ASESOR 105 - 01



VoBo apoyo a la supervisión  
Angela Pulido R.  
CC: 1032360333  
Gestora IED  
OCTUBRE 2024  
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	RODRIGUEZ FARFAN HAROL SMITH								
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	79979462	N° contrato	3191-2024		
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	<b>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.</b>									
	Número de planilla	81027128	Fecha de pago	16/10/2024	Valor pagado	\$	428,800.00			
	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	<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>									
	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	<b>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.</b>									
	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 (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 30 MM 10 AA 2024



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79979462	HAROL SMITH RODRIGUEZ FARFAN		TV. 3 ESTE No. 27 A - 81 SUR	3219231437	lic.harolrodriguez@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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	16/10/2024	81027128	\$428.800	

## 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	1	200	0	162.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	1	100	31.800			317	31.800	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	1	100	26.100	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	1	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	1	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>428.200</b>	<b>428.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79979462	HAROL SMITH RODRIGUEZ FARFAN		TV. 3 ESTE No. 27 A - 81 SUR	3219231437	lic.harolrodriguez@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	\$428.800				

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	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	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	79979462	RODRIGUEZ FARFAN HAROL SMITH	59	0	N																		231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	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



## 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
NOMBRES	HAROL SMITH
APELLIDOS	RODRIGUEZ FARFAN
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

VoBo apoyo a la supervisión  
Angela Pulido R.  
CC: 1032360333  
Gestora IED  
OCTUBRE 2024

Jornada escolar complementaria

#### 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	01/10/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 10/21/2024 10:28:01 | 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.RELACIÓN SESIONES**

NOMBRE	HAROL SMITH RODRIGUEZ FARFAN		COORDINADOR	Flor Angela Pulido Rodriguez			
FECHA REVISIÓN	2024-10-21 12:42:52		Mes	Octubre			
<b>IED</b>	<b>SEDE</b>	<b>GRUPO</b>	<b>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</b>	<b>SESIONES EJECUTADAS</b>	<b>SESIONES NO EJECUTADAS</b>	<b>TOTAL PROGRAMADAS</b>	<b>TOTAL EJECUTADAS</b>
COLEGIO MANUELITA SAENZ (I	MANUELITA SAENZ,	1	<b>Martes,08:00:00,10:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,08:00:00,10:00:00</b> 3-17-24-31	1-3-15-17		31	16
	MANUELITA SAENZ,	2	<b>Martes,10:00:00,12:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,10:00:00,12:00:00</b> 3-17-24-31	1-3-15-17			
	MANUELITA SAENZ,	3	<b>Martes,13:00:00,15:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,13:00:00,15:00:00</b> 3-17-31	1-3-15-17			
	MANUELITA SAENZ,	4	<b>Martes,15:00:00,17:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,15:00:00,17:00:00</b> 3-17-24-31	1-3-15-17			





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

### 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?  Sí  No

Id de pago	Número 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		
<input type="checkbox"/>	CTO 3191-2024.pdf	CTO 3191-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ARL CTO 3191-2024.pdf	ARL CTO 3191-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	2024acta de inicio.pdf	2024acta de inicio.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS 1 SEPTIEMBRE.zip	EVIDENCIAS 1 SEPTIEMBRE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS 1 OCTUBRE.zip	EVIDENCIAS 1 OCTUBRE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **HAROL SMITH RODRIGUEZ FARFAN**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 79.979.462** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 079238739** apertura el **26 de enero de 2022**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **23** días del mes de **octubre** del año **2024**.

---

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

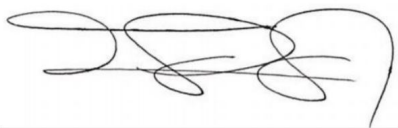
Cuenta de 10 dígitos: **0079238739**

Cuenta de 16 dígitos: **0079000200238739**

Cuenta de 20 dígitos: **00130079000200238739**

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*