

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<b>INFORME No.</b>	4		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	30	11	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
<b>IDRD-CTO-3047 2024</b> <b>20/08/2024</b>
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>
<b>2024800701604541E</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CORREDOR MORA JULIETTE FERNANDA	Registre nombre y apellidos completos
Nº DE IDENTIFICACIÓN	1026268721	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 Meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	8'592.000 OCHO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	26 DE AGOSTO 2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	5 AL 14 DE OCTUBRE DEL 2024 ( 10 DIAS).	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	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	1 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 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, (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>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 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>Se ejecuta dicha obligación en sus tiempos estipulados, todo a partir de la malla curricular y los programas dados; se generan las sesiones del centro de interés partiendo también de los niveles de patinaje encontrados por los niños y niña del colegio Cedit San Pablo.</p> <p>se manejan 4 grupos de martes a viernes, planteando dos impactos por cada grupo; los horarios son de 9:30 a 11:30 AM y de 12:30 a 2:30 PM.</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 9:30 A 11:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p> </td> <td> <p>GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 12:30 A 2:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 9:30 A 11:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p> </td> <td> <p>GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:30 A 2:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p> </td> </tr> </table> <p>Las evidencias se encuentran en la plataforma SIM, SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</p> <p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF">https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF</a></p>	<p>GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 9:30 A 11:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p>	<p>GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 12:30 A 2:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p>	<p>GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 9:30 A 11:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p>	<p>GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:30 A 2:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p>
<p>GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 9:30 A 11:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p>	<p>GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 12:30 A 2:30</p> <p>5, 7, 12, 14 DE NOVIEMBRE</p>				
<p>GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 9:30 A 11:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p>	<p>GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:30 A 2:30</p> <p>1, 6, 8, 13, 15 DE NOVIEMBRE</p>				
<p>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</p>	<p>Se ejecuta dicha obligación en sus tiempos estipulados, todo a partir de los programas dados; se generan las actividades de acuerdo con lo establecido por el IDRD para los ciclos respectivos. Durante este periodo se realizaron reuniones de acuerdo con el programa para confirmar información y aclarar algunas modificaciones y acuerdos con el colegio, se hacen de manera presencial en el colegio CEDID SAN PABLO.</p>				

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<p>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>Las evidencias se encuentran en la plataforma SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</p> <p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF">https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF</a></p>
<p>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 contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>El docente enlace de la IED, generó la recepción de la documentación correspondiente al inicio del centro de interés, dichos documentos reposan en la institución educativa, a cargo del coordinador enlace. Sin embargo, se genera documento en Excel con la información de cada estudiante para así llevarlo de manera digital también.</p> <p>Las evidencias se encuentran en la plataforma SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</p> <p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF">https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF</a></p>
<p>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>No se ha generado identificación de estudiantes que cumplieran con las condiciones y características necesarias para iniciar un proceso con el proyecto de semilleros deportivos. Sin embargo, estamos prestos a las indicaciones de los encargados de semillero para hacer practica de dichos test o competencias para así dar inicio con el proceso de identificación de estudiantes que cumplen con los parámetros pedidos por el programa.</p> <p>Las evidencias se encuentran en la plataforma SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</p> <p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF">https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF</a></p>
<p>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</p>	<p>Durante este periodo se ejecuta dicha obligación, asistiendo a diversas reuniones, tanto psicosociales, operativas, pedagógicas y de semilleros fortaleciendo los objetivos puestos por las directrices del programa JEC y así mismo desarrollar las sesiones de clase dando el respectivo aprendizaje desde cada uno de los ejes trasversales.</p> <p>REUNION OPERATIVA- CEDID SAN PABLO- INVENTARIO FECHA 19/11/24 HORA 10 AM</p>

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<p>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>REUNION OPERATIVA CEDID SAN PABLO FECHA: 20/11/24</p> <p>REUNION OPERATIVA- VIRTUAL REVISION DE PLANEACION Y OTROS DOCUMENTOS FECHA:21/11/24</p> <p>REUNION VIRTUAL- PROYECCION SEMANA DEL 25 AL 29 FECHA: 22/11/24</p> <p>EVALUACION COLEGIO CEDID SAN PABLO FECHA: 26/11/24</p> <p>FESTIVAL INTEGRACION ZONA 5- GILMA JIMENEZ FECHA:27/11/24</p> <p>REUNION GENERAL- EVALUACION Y DESPEDIDA FECHA 29/11/24</p> <p>REUNION OPERATIVA FECHA 28/11/24 HORA 9 AM</p> <p>Las evidencias se encuentran en la plataforma SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</p> <p><a href="https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF">https://drive.google.com/drive/folders/1sWvUfPN6NgNdlpmGUYIOZ0fR1fMK-LBF</a></p>
<p>6. Las demás que sean inherentes al desarrollo del objeto contractual, en coordinación del supervisor.</p>	<p>Teniendo en cuenta los parámetros del programa, se mantiene la medida necesaria para dar solución a cualquier conflicto de interés, manejándolo así mismo por la resolución dada para dicha obligación; siendo completamente imparcial y objetiva. Siempre con la coordinación con el gestor y prestando el apoyo necesario. Las evidencias se encuentran en la plataforma SECOP II Y DRIVE dado por el gestor.</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, (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	113.800
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	145.600
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA ARL	22.200
<b>TOTAL</b>		<b>281.600</b>

### 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: JULIETTE CORREDOR MORA  
CC:1026268721



FABIO ORLANDO TORRES MALDONADO  
GESTOR IED  
APOYO A LA SUPERVISION  
CC 79857024

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

EN EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGANDAS



Vo Bo Supervisor del contrato  
Nombre: William Rene Torres Agudelo.  
Número 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:

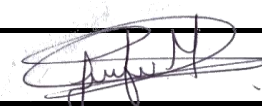
1	Nombre del Contratista	CORREDOR MORA JULIETTE FERNANDA							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1026268721	N° contrato	3047 2024	
3	Responsable del impuesto a las ventas					SI		NO	X
4	Pertenece al Regimen Simple					SI		NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)					SI		NO	X
6	Mis ingresos totales en 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	1067960075	Fecha de pago	12/11/2024	Valor pagado	\$	282.800,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$ 113.800,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ 145.600,00				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	22.200,00		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion 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 (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 **11** AA **2024**



FIRMA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.028.870.677

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50773538



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Numero  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A C W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE KENNEDY-CL COLSUBSIDIO R - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLADA Segundo Apellido CORREDOR

Nombre(s) DOMINIC ALEJANDRO

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes NOV Dia 05 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 10452133-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos CORREDOR MORA JULIETTE FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.026.268.721 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VILLADA CASTILLO CRISTHIAN ANTHONY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.020.731.690 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VILLADA CASTILLO CRISTHIAN ANTHONY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.020.731.690 Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2010 Mes NOV Dia 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza JOSE ANDRES MEDINA MONCADA - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

08 NOV 2010 - LIBRO DE VARIACIONES ESPACIO PARA MUESTRAS FOLIO 153 A .C.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ESTE REGISTRO ES FIEL FOTOCOPIA DEL ORIGINA, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970. VIGENCIA PERMANENTE ARTICULO 2 DECRETO 2189 DE 1983, SE OMITE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1955.

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Ciudad y Fecha: Bogota D.C., 27 NOV. 2017

PEDRO ENRIQUE SEPULVEDA RUIZ  
REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL (E)  
KENNEDY CENTRAL - L 08

Barcode: 220100000



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-12, 10:24:05 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1067960075

Periodo Cotización: octubre de 2024

Periodo Servicio: octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8822616413

## PAGADO 12/11/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA		
Documento	CC1026268721	Dirección	CLL 50 A 31 93 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132711395
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	SGR	UMI	UMC	AMP	ACP	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 1026268721	JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA	59	00	X																0	21	21	0	(230301) PORVENIR	\$ 910.000	\$ 145.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 910.000	\$ 113.800	2.436	\$ 910.000	\$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.600

### 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
\$ 910.000	\$ 910.000	\$ 910.000	\$ 0	\$ 145.600	\$ 113.800	\$ 22.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.600	\$ 1.200	\$ 282.800



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-18, 04:18:35 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068112747

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago (PIN): 8822628269

## PAGADO 16/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA		
Documento	CC1026268721	Dirección	CLL 50 A 31 93 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132711395
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	SGR	UMI	UMC	AMP	ACP	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 1026268721	JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 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	1026268721
NOMBRES	JULIETTE FERNANDA
APELLIDOS	CORREDOR MORA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	SUBSIDIADO	01/09/2004	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

<b>Fecha de Impresión:</b>	11/20/2024 09:12:15	<b>Estación de origen:</b>	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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA identificado(a) con CC 1026268721 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/03/2012  
Estado de la Afiliación: ACTIVO  
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO RESTREPO  
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 22 días del mes noviembre del 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales  
EPS FAMISANAR S.A.S.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.268.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA			COORDINADOR	FABIO ORLANDO TORRES MALDONADO		
FECHA REVISIÓN	2024-11-21 15:08:25			Mes	Noviembre		
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CEDID SAN PABLO (I	SAN PABLO BOSA,	3	<b>Viernes,09:30:00,11:30:00</b> 1-8-15 <b>Miercoles,09:30:00,11:30:00</b> 6-13	1-6-8-13-15		18	18
	SAN PABLO BOSA,	4	<b>Viernes,12:30:00,14:30:00</b> 1-8-15 <b>Miercoles,12:30:00,14:30:00</b> 6-13	1-6-8-13-15			
	LA AMISTAD,	1	<b>Martes,09:30:00,11:30:00</b> 5-12 <b>Jueves,09:30:00,11:30:00</b> 7-14	5-7-12-14			
	LA AMISTAD,	2	<b>Martes,12:30:00,14:30:00</b> 5-12 <b>Jueves,12:30:00,14:30:00</b> 7-14	5-7-12-14			




FABIO ORLANDO TORRES MALDONADO  
GESTOR IED  
APOYO A LA SUPERVISION  
CC 79857024



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

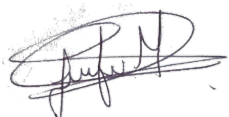
#### Ejecución del Contrato

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	
Pago 001	Pago 001	21/10/2024 2:08:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	Pago 002	21/10/2024 2:10:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>



Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

### Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CRP CTO 3047-2024.pdf	CRP CTO 3047-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ARL CTO 3047-2024.pdf	ARL CTO 3047-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ACTA DE INICIO IDR-STRD-CPS-20243047 CORREDOR MORA JULIETTE FERNANDA (1).pdf	ACTA DE INICIO IDR-STRD-CPS-20243047 CORREDOR MORA JULIETTE FERNANDA (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS AGOSTO CORREDOR MORA JULIETTE.zip	EVIDENCIAS AGOSTO CORREDOR MORA JULIETTE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS SEPTIEMBRE CORREDOR MORA JULIETTE.zip	EVIDENCIAS SEPTIEMBRE CORREDOR MORA JULIETTE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS OCTUBRE CORREDOR MORA JULIETTE.zip	EVIDENCIAS OCTUBRE CORREDOR MORA JULIETTE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS 1 INF NOV CORREDOR MORA JULIETTE.zip	EVIDENCIAS 1 INF NOV CORREDOR MORA JULIETTE.zip	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



FABIO ORLANDO TORRES MALDONADO  
GESTOR IED  
APOYO A LA SUPERVISION  
CC 79857024

Fecha de solicitud original: 2024-11-20 09:08:19

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

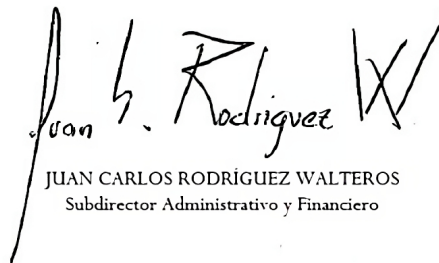
**CERTIFICA**

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): **JULIETTE FERNANDA CORREDOR MORA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1026268721**, 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-3047-2024**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **20** días del mes de **noviembre** 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.



JUAN CARLOS RODRÍGUEZ WALTEROS  
Subdirector Administrativo y Financiero

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-K1QtES6m4

<https://portalcontratista.idrd.gov.co/es/validar-documento?validate=ALM-K1QtES6m4>