

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
	23	08	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1024 del 16 abril 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701601976E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	53.113.574	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Cuatro (4) meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Once millones cuatrocientos cincuenta y seis mil pesos (\$11.456.000) M/ Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	24/04/2024	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	23/08/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 01 DE AGOSTO AL 23 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: 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>Actividad: En este periodo de actividades se realizó la planeación de las sesiones de clase transversalizando los componentes pedagógico y psicosocial en los tiempos estipulados para las sesiones de clase en la IED asignada Rafael Uribe Uribe, relacionados en el siguiente cuadro.</p> <table><tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 12:00 - 14:00</th></tr><tr><th>SESIONES PLANEADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>SESIONES POR EJECUTAR</th></tr><tr><td>AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.</td><td>01, 08, 13,15, 20 Y 22.</td><td>NINGUNA</td></tr></table> <table><tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 14:00 - 16:00</th></tr><tr><th>SESIONES PLANEADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>SESIONES POR EJECUTAR</th></tr><tr><td>AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.</td><td>01, 08, 13,15, 20 Y 22.</td><td>NINGUNA</td></tr></table> <table><tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:00 - 14:00</th></tr><tr><th>SESIONES PLANEADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>SESIONES POR EJECUTAR</th></tr><tr><td>AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23</td><td>02, 09, 14, 16 Y 23</td><td>NINGUNA</td></tr></table> <table><tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 14:00-16:00</th></tr><tr><th>SESIONES PLANEADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>SESIONES POR EJECUTAR</th></tr><tr><td>AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23</td><td>02, 09, 14, 16 Y 23</td><td>NINGUNA</td></tr></table> <p>EVIDENCIAS: Planes de clase y registro de asistencia</p> <p>UBICACIÓN:www.colombiacompra.gov.co SECOP II N° 7 evidencias SECOP II, INFORME 5 CPS 1024-2024 AGOSTO 2024 /obligación 1.</p> <p>Google drive (emma.arias.jec@gmail.com) Obligación 1</p>	IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 12:00 - 14:00			SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR	AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.	01, 08, 13,15, 20 Y 22.	NINGUNA	IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 14:00 - 16:00			SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR	AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.	01, 08, 13,15, 20 Y 22.	NINGUNA	IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:00 - 14:00			SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR	AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23	02, 09, 14, 16 Y 23	NINGUNA	IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 14:00-16:00			SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR	AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23	02, 09, 14, 16 Y 23	NINGUNA
IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 1 MARTES Y JUEVES 12:00 - 14:00																																					
SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR																																			
AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.	01, 08, 13,15, 20 Y 22.	NINGUNA																																			
IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 2 MARTES Y JUEVES 14:00 - 16:00																																					
SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR																																			
AGOSTO 01, 08, 13,15, 20 Y 22.	01, 08, 13,15, 20 Y 22.	NINGUNA																																			
IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 3 MIÉRCOLES Y VIERNES 12:00 - 14:00																																					
SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR																																			
AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23	02, 09, 14, 16 Y 23	NINGUNA																																			
IED RAFAEL URIBE URIBE - GRUPO 4 MIÉRCOLES Y VIERNES 14:00-16:00																																					
SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES POR EJECUTAR																																			
AGOSTO 02, 09, 14, 16 Y 23	02, 09, 14, 16 Y 23	NINGUNA																																			

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)

	https://drive.google.com/drive/folders/1YUKLLskgNId2s2CcocSdCO2XA4_IYMVI
<p>Obligación No. 2: 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>Actividad: Los documentos mencionados reposan en la oficina del docente enlace Alejandro Rojas, se tiene en cuenta lo repostado por los padres y estudiantes y así mismo se plantean las actividades en pro de las condiciones específicas de los estudiantes.</p> <p>Evidencia: En el momento en que aplique se relacionaran las evidencias correspondientes a esta obligación.</p> <p>Ubicación: En el momento en que corresponda se relacionara la ubicación correspondiente a las evidencias de esta obligación contractual.</p>
<p>Obligación No. 3: 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 desarrollo de este informe, no se reportan escolares para el componente de talentos deportivos, ya que no cuento con estudiantes en la edad requerida por el personal de talentos para el centro de interés de gimnasia, me encuentro a disposición para nueva directriz de las personas encargadas de semillero</p> <p>Evidencia: Correo enviado a Gestor IED.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II N° 7 EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 1024-2024 AGOSTO 2024 /obligación 3.</p> <p>Google drive (emma.arias.jec@gmail.com) Obligación 3</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1YUKLLskgNId2s2CcocSdCO2XA4_IYMVI</p>
<p>Obligación No. 4: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los</p>	<p>Actividad: Para el periodo del presente informe se participa de las siguiente reuniones programas por el equipo operativo, pedagógico y/o psicosocial.</p> <p>Fecha: 06-08-2024</p> <p>Tema: Socialización cargue de documentos SECOP II</p> <p>Lugar: virtual meet.google.com/nvp-kyyq-ciu</p> <p>Fecha: 15-08-2024</p> <p>Tema: Reunión operativa semanal formadores</p> <p>Lugar: IED Rafael Uribe Uribe</p> <p>Evidencia: Pantallazos, formato de asistencia, actas.</p> <p>Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II N° 7 EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 1024-2024 AGOSTO 2024 /obligación 4.</p> <p>Google drive (emma.arias.jec@gmail.com) Obligación 4</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1YUKLLskgNId2s2CcocSdCO2XA4_IYMVI</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>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>Obligación No. 5: El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, “por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.</p>	<p>Actividad: Para el periodo contractual de AGOSTO de 2024 no presenté ningún tipo de conflicto de intereses que a la fecha del presente informe pueda interferir con la ejecución objetiva e imparcial del presente contrato 1024-2024, todas mis acciones como contratista han sido claras y legales, según lo estipulado en la resolución 424 de 2021 adoptada por el IDRD</p> <p>Evidencia: Formato de conflicto de intereses. Ubicación: www.colombiacompra.gov.co SECOP II N° 7 EVIDENCIAS INFORME 5 CPS 1024-2024 AGOSTO 2024 /obligación 5. Google drive (emma.arias.jec@gmail.com) Obligación 5 https://drive.google.com/drive/folders/1YUKLLskgNId2s2CcocSdCO2XA4_IYMVI</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	COLFONDOS	\$ 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 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.




VoBo Yeinmy Alexandra
Fonseca Quiroga
cc 1030539724

Firma Contratista:

Nombre: EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS

No. de Identificación: 53.113.574

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

LA CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DEL PRESENTE INFORME



Vo Bo Supervisor del contrato

Nombre: William Rene Torres Agudelo

Nº de Identificación: 80.240.522

Cargo: Asesor Código 105 Grado 01

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		PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	53113574	N° contrato	1024-2024		
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		78626684		Fecha de pago		13/08/2024		Valor pagado	\$ 428.200,00
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		\$ 162.500,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		\$ 208.000,00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		31.700,00		Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
8	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual									
	AFC \$				Ahorro Voluntario Pensión \$					
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo						SI		NO	X
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2023). Anexo						SI		NO	X
11	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))							#	2	
	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	X	NO	
	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 23 MM 8 AA 2024

FIRMA

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	53113574	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		CALLE 1 70A 65 CASA 251	7354328	VIVIPEDRAZA_29@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	13/08/2024	78626684	\$428.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53113574	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		CALLE 1 70A 65 CASA 251	7354328	VIVIPEDRAZA_29@HOTMAIL.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	13/08/2024	78626684	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de riesgo	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	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	53113574	PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA					59	0		N	C																231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF21	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53113574	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		CALLE 1 70A 65 CASA 251	7354328	VIVIPEDRAZA_29@HOTMAIL.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-08	2024-08	I	26/08/2024	79660221	\$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF21	Cafam				860013570-3	26.000	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53113574	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		CALLE 1 70A 65 CASA 251	7354328	VIVIPEDRAZA_29@HOTMAIL.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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-08	2024-08	I	26/08/2024	79660221	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	53113574	PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA	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	CCF21	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 :


EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
CC 53113574

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	53113574
NOMBRES	EMMA VIVIANA
APELLIDOS	PEDRAZA ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.


VoBo Yeimmy Alexandra
Fonseca Quiroga
cc 1030539724

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	01/09/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:08/23/2024 18:47:54

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**,

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		COORDINADOR	YEINMY ALEXANDRA FONSECA QUIROGA			
FECHA REVISIÓN	2024-08-24 11:25:17		Mes	Agosto			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE,	1	Jueves,12:00:00,14:00:00 1-8-15-22 Martes,12:00:00,14:00:00 13-20	1-8-13-15-20-22		22	22
	RAFAEL URIBE URIBE,	2	Jueves,14:00:00,16:00:00 1-8-15-22 Martes,14:00:00,16:00:00 13-20	1-8-13-15-20-22			
	RAFAEL URIBE URIBE,	3	Viernes,12:00:00,14:00:00 2-9-16-23 Miercoles,12:00:00,14:00:00 14	2-9-14-16-23			
	RAFAEL URIBE URIBE,	4	Viernes,14:00:00,16:00:00 2-9-16-23 Miercoles,14:00:00,16:00:00 14	2-9-14-16-23			



EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS

CC 53113574



VoBo Yeinmy Alexandra
Fonseca Quiroga
cc 1030539724

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

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 (6/08/2024 9:15:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal

Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS

CC 53113574

VoBo

Yeinmy Alexandra Fonseca Quiroga

cc 1030539724

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 1. ARL-IDRD-CTO-1024-2024.pdf	1. ARL-IDRD-CTO-1024-2024.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> 2. CRP-CTO 1024-2024.pdf	2. CRP-CTO 1024-2024.pdf	Comprador
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME 1 CPS (1024-2024) MAYO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME 1 CPS (1024-2024) MAYO 2024.zip	Proveedor
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME 2 CPS (1024-2024) JUNIO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS (1024-2024) JUNIO 2024.zip	Proveedor
<input type="checkbox"/> ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1024-2024 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA-1(1).pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1024-2024 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA-1(1).pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS MAYO 2024.pdf	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS MAYO 2024.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> INFORME 02 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA JUNIO-2024.pdf	INFORME 02 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA JUNIO-2024.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> INFORME N° 04 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA JULIO 2024.pdf	INFORME N° 04 PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA JULIO 2024.pdf	Proveedor
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME N°04 CPS (1024-2024) JULIO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME N°04 CPS (1024-2024) JULIO 2024.zip	Proveedor
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME 5 CPS (1024-2024) AGOSTO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME 5 CPS (1024-2024) AGOSTO 2024.zip	Proveedor

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Fecha de solicitud original: 2024-08-26 11:36:14

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

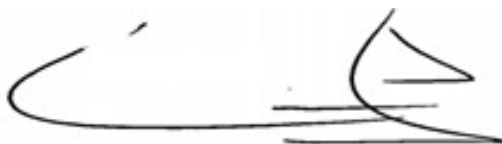
CERTIFICA

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): **EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **53113574**, 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-1024-2024**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **26** 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-Mw7YJZqVz

<https://portalcontratista.idrd.gov.co/es/validar-documento?validate=ALM-Mw7YJZqVz>