

## 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>       | 7         |           |             |
| <b>FECHA DEL INFORME</b> | <b>DD</b> | <b>MM</b> | <b>AAAA</b> |
|                          | 06        | 12        | 2024        |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>     |
| IDRD – CTO 2438-2024 DEL 28-05-2024 |
| <b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>   |
| <b>2024800701603215E</b>            |

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

|   |   | Instrucciones   |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                        | <b>DERLY MILENA GÓMEZ GÓMEZ</b>   | Registre nombre y apellidos completos   |
| N° DE IDENTIFICACIÓN                          | 1.018.457.874   | 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                            | 195 DIAS (6 MESES Y 15 DIAS)  | Registre el plazo total de ejecución en letras y números  |
| VALOR   | \$18.616.000 (DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS)   | Registre el valor total del contrato  |
| FECHA ACTA DE INICIO                          | 06/06/2024  | Registre la fecha de inicio del acta  |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA<br>(solo cuando aplique) |   | Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga  |
| SUSPENSIONES<br>(solo cuando aplique)         | 5 AL 14 OCTUBRE 2024 (10 DIAS)<br>7/12/2024 AL 19-01-2025 (43 DIAS)   | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión                            |
| FECHA DE TERMINACIÓN                          | 14 FEBRERO 2025   | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME        | 1 AL 6 DICIEMBRE 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, (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 No. 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 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 Página 7 de 14 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS. V-5 accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada sesión de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada</p> | <p><b>ACTIVIDAD:</b><br/>Se realiza planeación de la sesión de clase correspondiente a las vacaciones recreativas del 2 al 6 de diciembre enfocadas en niños de 6 a 11 años enfocadas en temáticas de hábitos saludables y buenos modales; incluyendo actividades de juegos y deportes alternativos.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b><br/>Formato PDF de sesión de clase.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b><br/>Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución del contrato de la plataforma SECOP y en el portal contratista.</p> |
| <p><b>Obligación No. 2:</b> 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><b>ACTIVIDAD:</b><br/>En el periodo correspondiente se desarrollan las vacaciones recreativas en parques; el área de recreación se encarga de solicitar y verificar los antecedentes médicos de los niños.</p> <p><b>Evidencia:</b> En el momento en que aplique se relacionaran las evidencias correspondientes a esta obligación.</p> <p><b>Ubicación:</b> En el momento en que corresponda se relacionara la ubicación correspondiente a las evidencias de esta obligación contractual</p>                           |
| <p><b>Obligación No. 3:</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</p>   | <p>En el periodo correspondiente no se cuenta con estudiantes postulados para semilleros deportivos</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>talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p>  | <p>ya que nos encontramos en receso escolar y se desarrollan vacaciones recreativas en diferentes parques y zonas.</p>  |
| <p><b>Obligación No. 4:</b> Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p> | <p><b>ACTIVIDAD:</b><br/>Para el periodo del presente informe se participa de las siguientes reuniones programas por el equipo pedagógico.</p> <p><b>4 DICIEMBRE 2024</b><br/>Se participa de la cualificación programada por el componente pedagógico referente a las valoraciones formativas realizadas a los estudiantes del centro de interés.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b><br/>Listado de asistencia</p> <p><b>UBICACIÓN:</b><br/>Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución del contrato de la plataforma SECOP y en el portal contratista</p>   |
| <p><b>Obligación No. 5:</b> 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><b>ACTIVIDAD:</b><br/>Cómo servidor público y contratista se promueve el cumplimiento de las funciones y responsabilidades para evitar cualquier tipo de situaciones o conflictos en los parques o escenarios que afecten la imagen y buen nombre del programa Jornada escolar complementaria y el Instituto Distrital de Recreación y Deportes. Me comprometo a reportar a los entes correspondientes cualquier situación o eventualidad que pueda generar conflictos de interés. Se presenta declaración de conflicto de intereses en el Sideap como cumplimiento y garantía de las funciones como contratista.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b><br/>Archivo PDF de Declaración de Conflictos de intereses diligenciada en el SIDEAP.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución del contrato de la plataforma SECOP y en el portal contratista.</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

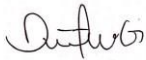
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|------------------------|----------------|---------------------|
| PAGO APORTES SALUD     | FAMISANAR      | \$162.500           |
| PAGO APORTES PENSIÓN   | PROTECCION     | \$208.000           |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA       | \$31.700            |
|                        | <b>TOTAL</b>   | <b>\$402.200</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.



\_\_\_\_\_  
Firma Contratista

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

EN EL PRESENTE PERIODO LA CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS.



CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS  
CC 38257650  
GESTORA IED  
APOYO A LA SUPERVISIÓN



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

Señores:

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE

Ciudad.

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

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

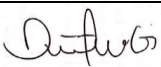
|  |   |                          |               |   |               |            |                              |                |    |
|--|---|--------------------------|---------------|---|---------------|------------|------------------------------|----------------|----|
| 1  | Nombre del Contratista  | DERLY MILENA GOMEZ GOMEZ |               |   |               |            |                              |                |    |
| 2  | Identificación  | CC                       | X             | CE  | Numero        | 1018457874 | N° contrato                  | CTO- 2438-2024 |    |
| 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  | 9478412410               | Fecha de pago | 3/12/2024   | Valor pagado  | \$         | 402,200.00                   |                |    |
|  | 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 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>   |                          |               |   |               |            |                              |                |    |
|  | <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))</b>       |                          |               |   |               |            | #                            | 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 |
|  | 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 |
|  | 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 |
| 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             |    |
| 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  MM  AA



FIRMA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                         |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección               | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1018457874                 |    | GOMEZ GOMEZ DERLY MILENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 17B # 181B - 40 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 1234567  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1097127858 | 9478412410 | I        | 2024/12/17 | 2024/12/03 | BANCOLOMBIA | 0         | \$402,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                   |                       |            |             |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|--|-----------------------|------------|-------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO   |                       |            | PENSION     |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.  | Identificación        | Nombres    | Codigo      | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Días         | IBC | Aporte |
| <b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>          |                       |            |             |        | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| <b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b> |                       |            |             |        | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)   |                       |            |             |        | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |
| 1  | CC                    | 1018457874 | GOMEZ DERLY | 230201 | 30          | \$1,300,000 | \$208,000 | EPS017 | 30          | \$1,300,000 | \$162,500 | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,300,000 | \$31,700 | 0            | \$0 | \$0    |
| <b>Total</b>                                       | <b>Afiliados ( 1)</b> |            |             |        | \$1,300,000 | \$208,000   |           |        | \$1,300,000 | \$162,500   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,300,000 | \$31,700 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                          |                 |                    |                         |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social             | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion               | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1018457874                 |    | GOMEZ GOMEZ DERLY MILENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CARRERA 17B # 181B - 40 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 1234567  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |             |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor     |
| 2024-11                           | 2024-11 | 1097127858 | 9478412410 | I        | 2024/12/17 | 2024/12/03 | BANCOLOMBIA | 0         | \$402,200 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$208,000         | \$0            | \$0                    | \$208,000        |  |
| PROTECCION                   | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$208,000         | \$0            | \$0                    | \$208,000        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$31,700          | \$0            | \$0                    | \$31,700         |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$31,700          | \$0            | \$0                    | \$31,700         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$162,500         | \$0            | \$0                    | \$162,500        |  |
| FAMISANAR                    | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$162,500         | \$0            | \$0                    | \$162,500        |  |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$402,200</b>  | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$402,200</b> |  |



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DERLY MILENA GOMEZ GOMEZ identificado(a) con CC 1018457874 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 29/11/2024  
Estado de la Afiliación: ACTIVO  
IPS: CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORTAL DEL NORTE  
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 05 días del mes diciembre 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.



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? Si No

Table with 7 columns: Id de pago, Número de factura, Fecha de emisión, Fecha de recepción, Valor total de la factura, Estado. Contains 5 rows of payment data.

Datos guardados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Table with 4 columns: Descripción, Nombre del archivo, Cargado por, and actions (Descargar, Detalle). Lists various contract documents.

EVIDENCIAS INFORME 7 CPS 2438-  
DICIEMBRE 2024.zip

EVIDENCIAS INFORME 7 CPS 2438-  
DICIEMBRE 2024.zip

Proveedor [Descargar](#) [Detalle](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >



**CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS**  
CC 38257650  
GESTORA IED  
APOYO A LA SUPERVISIÓN

Datos guardados