

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.	1		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	6	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD -CTO - 2141 del 22 de mayo de 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Flórez Castellanos Olga Jassibe	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.015.418.738	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	SEIS (6) MESES Y QUINCE (15) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$18.616.000 (dieciocho millones seiscientos dieciséis mil pesos)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	30 de mayo del 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	7/02/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 30 de mayo al 30 de junio 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, 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>Actividades: Para el periodo en mención Se planean y suben al SIM las sesiones de clase los días 30 y 31 de mayo. Del 4 al 7 de junio se ejecutan sesiones de clase, realizado apoyo dentro de la IED Alfredo Iriarte, las cuales se ejecutan de acuerdo a los lineamientos del proyecto Jornada Escolar Complementaria y de acuerdo a las necesidades de la IED del Centro de Interés asignado.</p> <table border="1" data-bbox="787 982 1481 1302"> <thead> <tr> <th colspan="6">1.RELACION SESIONES</th> </tr> <tr> <td colspan="2">COORDINADOR</td> <td colspan="4">JHONY MAURICIO CUELLAR ROMERO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="4">Junio</td> </tr> <tr> <th>GRUPO</th> <th>SESIONES PLANADAS (HORARIO)</th> <th>SESIONES EJECUTADAS</th> <th>SESIONES NO EJECUTADAS</th> <th>TOTAL PROGRAMADAS</th> <th>TOTAL EJECUTADAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Martes,09:50:00,11:50:00 4 Jueves,09:50:00,11:50:00 5</td> <td>4-5</td> <td></td> <td rowspan="4">8</td> <td rowspan="4">8</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Martes,12:20:00,14:20:00 4 Jueves,12:20:00,14:20:00 6</td> <td>4-6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Miércoles,09:50:00,11:50:00 5 Viernes,09:50:00,11:50:00 7</td> <td>5-7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Miércoles,12:20:00,14:20:00 6 Viernes,12:20:00,14:20:00 7</td> <td>5-7</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Del 10 al 21 de junio se asiste y participa en las diferentes reuniones convocadas por el proyecto teniendo en cuenta las vacaciones de mitad de año de las instituciones educativas. Del 24 al 30 de junio se realiza planeación y ejecución de las vacaciones recreo deportivas en el parque La Fragua.</p> <p>Evidencias: Reporte del SIM, malla curricular planeación VRD y plan pedagógico.</p> <p>Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N°1, mes JUNIO 2024 CPS 2141 de 2024/ Obligación 1.</p>	1.RELACION SESIONES						COORDINADOR		JHONY MAURICIO CUELLAR ROMERO				Mes		Junio				GRUPO	SESIONES PLANADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS	1	Martes,09:50:00,11:50:00 4 Jueves,09:50:00,11:50:00 5	4-5		8	8	2	Martes,12:20:00,14:20:00 4 Jueves,12:20:00,14:20:00 6	4-6		3	Miércoles,09:50:00,11:50:00 5 Viernes,09:50:00,11:50:00 7	5-7		4	Miércoles,12:20:00,14:20:00 6 Viernes,12:20:00,14:20:00 7	5-7	
1.RELACION SESIONES																																											
COORDINADOR		JHONY MAURICIO CUELLAR ROMERO																																									
Mes		Junio																																									
GRUPO	SESIONES PLANADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS																																						
1	Martes,09:50:00,11:50:00 4 Jueves,09:50:00,11:50:00 5	4-5		8	8																																						
2	Martes,12:20:00,14:20:00 4 Jueves,12:20:00,14:20:00 6	4-6																																									
3	Miércoles,09:50:00,11:50:00 5 Viernes,09:50:00,11:50:00 7	5-7																																									
4	Miércoles,12:20:00,14:20:00 6 Viernes,12:20:00,14:20:00 7	5-7																																									

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>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 lleguen 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>Actividades: Dentro de la IED Alfredo Iriarte se cuenta con la documentación mencionada en dicha obligación y reposa en una capeta dentro de la institución, la cual es llevada por los docentes acompañantes de la misma institución en las jornadas donde se imparte la sesión.</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>Actividades: Durante este periodo contractual del mes de JUNIO del 2024, No se realiza ningún reporte de escolares que cumplan con las condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos, en el momento que sean identificados se informara al gestor IED -IDRD. Se está en proceso de formación de las habilidades motrices básicas enfocadas a Baile deportivo.</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 escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de</p>	<p>Actividades: Durante el periodo en mención se apoya y asiste a las siguientes actividades:</p> <table border="1" data-bbox="789 1377 1484 1873"> <thead> <tr> <th>FECHA Y HORA</th> <th>LUGAR</th> <th>TEMAS</th> <th>Nombre quien convoca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7-06-24</td> <td>REUNIÓN VIRTUAL</td> <td>socialización juegos Intercolegiados nacionales</td> <td>Componente pedagógico.</td> </tr> <tr> <td>11-06-24</td> <td>APOYO Parque salitre mágico</td> <td>Acompañamiento y apoyo a estudiantes invitados al parque salitre mágico</td> <td>Gestor Jhony Cuellar</td> </tr> <tr> <td>13-06-24</td> <td>REUNIÓN presencial CEFE san Cristóbal</td> <td>Presentación Gestor zonal, equipo de trabajo. Cualificación entrega de pagos e informes</td> <td>Gestor zonal Fidel Castro</td> </tr> <tr> <td>17-06-24</td> <td>REUNIÓN presencial salón presidencial IDRD</td> <td>jornada de fortalecimiento Protocolos de atención</td> <td>Gerente JEC Rene Torres</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA Y HORA	LUGAR	TEMAS	Nombre quien convoca	7-06-24	REUNIÓN VIRTUAL	socialización juegos Intercolegiados nacionales	Componente pedagógico.	11-06-24	APOYO Parque salitre mágico	Acompañamiento y apoyo a estudiantes invitados al parque salitre mágico	Gestor Jhony Cuellar	13-06-24	REUNIÓN presencial CEFE san Cristóbal	Presentación Gestor zonal, equipo de trabajo. Cualificación entrega de pagos e informes	Gestor zonal Fidel Castro	17-06-24	REUNIÓN presencial salón presidencial IDRD	jornada de fortalecimiento Protocolos de atención	Gerente JEC Rene Torres
FECHA Y HORA	LUGAR	TEMAS	Nombre quien convoca																		
7-06-24	REUNIÓN VIRTUAL	socialización juegos Intercolegiados nacionales	Componente pedagógico.																		
11-06-24	APOYO Parque salitre mágico	Acompañamiento y apoyo a estudiantes invitados al parque salitre mágico	Gestor Jhony Cuellar																		
13-06-24	REUNIÓN presencial CEFE san Cristóbal	Presentación Gestor zonal, equipo de trabajo. Cualificación entrega de pagos e informes	Gestor zonal Fidel Castro																		
17-06-24	REUNIÓN presencial salón presidencial IDRD	jornada de fortalecimiento Protocolos de atención	Gerente JEC Rene Torres																		

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>bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	19-06-24	REUNIÓN CEAD	Presentación equipo de trabajo y encargados de cada componente. Socialización objetivos para el cuatreño.	Componente operativo, pedagógico, psicosocial y semilleros
	20-06-24	REUNIÓN CEAD	Presentación equipo de trabajo y encargados de cada componente. Socialización objetivos para el cuatreño.	Gerente JEC Rene Torres. Componente administrativo.
	21-06-24	REUNIÓN virtual	Socialización de objetivos y temáticas de las vacaciones recreo deportivas. Distribución de formadores en parques. Recomendaciones.	Gestor zonal Fidel Castro Gestor IED Jhony Cuellar
<p>Evidencias: Actas de reunión, fotos y/o pantallazos de reuniones.</p> <p>Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N°1, mes JUNIO 2024 CPS 2141 de 2024/ Obligación 4.</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>Actividades: Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses para que no se vea comprometida la ejecución objetiva del Contrato.</p> <p>Evidencias: Formato declaración conflicto de interés.</p> <p>Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N°1, mes JUNIO 2024 CPS 2141 de 2024/ Obligación 5.</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</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)

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.

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	SANITAS	\$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$ 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.



Firma Contratista

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

En el presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones contractuales asignadas satisfactoriamente.

RENE TORRES

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
CC 80.240.522
Asesor Código 105 Grado 01
Gerente Proyecto JEC.

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 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:

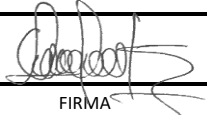
1	Nombre del Contratista	FLOREZ CASTELLANOS OLGA JASSIBE								
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1.015.418.738	N° contrato	IDRD-CTO-2141-2024		
3	Responsable del impuesto a las ventas						SI	NO	X	
4	Pertenece al Regimen Simple						SI	NO	X	
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI	NO		
6	Mis ingresos 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	9467304495	Fecha de pago	20/05/2024	Valor pagado	\$	428,200			
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$	162,500	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$	208,000				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	\$	31,700	Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención 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 soportan, tienen dependencia económica de mi.									
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podrá 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		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X
e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo						SI		NO	X	
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.						SI	NO	X	
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (párrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:						\$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los:


DD MM AA


FIRMA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015418738		FLOREZ CASTELLANOS OLGA JASSIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 48 a sur 88 c 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7894696	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	650341381	9467304495	I	2024/06/13	2024/05/20	BANCO DAVIVIENDA	0	\$428,200

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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$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			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
1	CC	1015418738	FLOREZ OLGA	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS005	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF21	30	\$1,300,000	\$26,000	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	



Olga Jassibe Florez Castellanos
CC 1 015 418 738
Formador CI Baile deportivo
Jornada Escolar Complementaria

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015418738		FLOREZ CASTELLANOS OLGA JASSIBE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 48 a sur 88 c 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7894696	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	650341381	9467304495	I	2024/06/13	2024/05/20	BANCO DAVIVIENDA	0	\$428,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$428,200	\$0	\$0	\$428,200	

Olga Jassibe Florez Castellanos
CC 1 015 418 738
Formador CI Bate deportivo
Jornada Escolar Complementaria



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO



NUIP 1.222.206.846

Tipo de certificado: Datos Esenciales Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos: TIRADO FLOREZ DYLAN ALEJANDRO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2014 Mes MAR Día 12 Sexo (en letras): MASCULINO Tipo Sanguíneo: B +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2014 Mes MAR Día 13 Indicativo serial: 0054194438

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos: FLOREZ CASTELLANOS OLGA JASSIBE

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.015.418.738 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos: TIRADO MARTINEZ WILSON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 80.035.282 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos: TIRADO MARTINEZ WILSON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 80.035.282

Espacio para notas

.....

.....

.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. Código: A 5 A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2014 Mes MAR Día 21

Nombre y firma del funcionario:
BRENDA JIMENA CASTRO PEÑA
Registrador del Estado Civil



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1942620

NUIP 1.233.518.759...

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TIRADO FLOREZ ABBY GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguineo

Año 2 0 2 0 Mes N O V Día 0 1 FEMENINO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 2 0 Mes N O V Día 1 7 0061417816

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

FLOREZ CASTELLANOS OLGA JASSIBE

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.015.418.738

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TIRADO MARTINEZ WILSON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 80.035.282

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TIRADO MARTINEZ WILSON JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 80.035.282

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

Pais - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Código

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

E T P

Año 2 0 2 0 Mes N O V Día 1 7

Nombre y firma del funcionario

Jorge Luis Dangond Aguancha

JORGE LUIS DANGOND AGUANCHA

Registrador del Estado Civil



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Olga Jassibe Florez Castellanos, identificado(a) con CC número 1015418738, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015418738
NOMBRES Y APELLIDOS	Olga Jassibe Florez Castellanos
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	05/08/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

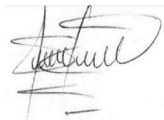
CEDULA DE CIUDADANIA 1015418738 OLGA JASSIBE FLOREZ
CASTELLANOS Desde 01/01/2024 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **OLGA JASSIBE FLOREZ CASTELLANOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1015418738**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de junio de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **OLGA JASSIBE FLOREZ CASTELLANOS** identificado con CC No. **1015418738**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 24/05/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 23/05/2024 Fecha fin de Contrato: 10/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015351336.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

19/06/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora OLGA FLOREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015418738**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550475700092624**
Fecha de apertura **24/01/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

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 :



Olga Jassibe Fdez Castellanos
CC 1 015 418 738
Formador CI Bate deportivo
Jornada Escolar Complementaria

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1015418738
NOMBRES	OLGA JASSIBE
APELLIDOS	FLOREZ CASTELLANOS
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	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/12/2021	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/19/2024 20:36:46 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	Olga Jassibe Florez Castellanos		COORDINADOR	JHONY MAURICIO CUELLAR ROMERO			
FECHA REVISIÓN	2024-06-20 21:12:28		Mes	Junio			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ALFREDO IRIARTE (I)	CHIRCALES,	1	Martes,09:50:00,11:50:00 4 Jueves,09:50:00,11:50:00 6	4-6		8	8
	CHIRCALES,	2	Martes,12:20:00,14:20:00 4 Jueves,12:20:00,14:20:00 6	4-6			
	CHIRCALES,	3	Miercoles,09:50:00,11:50:00 5 Viernes,09:50:00,11:50:00 7	5-7			
	CHIRCALES,	4	Miercoles,12:20:00,14:20:00 5 Viernes,12:20:00,14:20:00 7	5-7			


 Olga Jassibe Florez Castellanos
 CC 1 015 418 738
 Formador CI Baile deportivo
 Jornada Escolar Complementaria



- 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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					



Olga Jassibe Flores Castellanos
CC 1 015 418 738
Formador CI Baile deportivo
Jornada Escolar Complementaria

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CRP CTO 2141-2024.pdf	CRP CTO 2141-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ARL CTO 2141-2024.pdf	ARL CTO 2141-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIA INFORME #1 JUNIO CPS 2141 DE 2024.zip	EVIDENCIA INFORME #1 JUNIO CPS 2141 DE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle