

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	05	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD - CTO 1278- 2024 DEL 09/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BENJAMIN RIVAS CORTES	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	11799044	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESENTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SECCIONES DE CLASES ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CIENTO NOVENTA Y CINCO DIAS. (195)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$ 18 .616.000.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	09 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	03 DE DICIEMBRE DEL 2024.	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 9 DE MAYO AL 30 DE MAYO 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																			
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.	ACTIVIDADES: Damos continuidad al proceso educativo, para el nuevo contrato. Se ajusta la propuesta para la institución COLOMBIA VIVA del centro de interés de ATLETISMO para cada uno de los grupos/ciclos asignados. de acuerdo con los programas de ATLETISMO, del Proyecto JEC actividad realizada en la vigencia anterior /es, por lo cual no se hizo entrega de documentos, pero: se revisa para tener en cuenta observaciones a fin con aspectos propuestos por el proyecto JEC – de orden pedagogico y Psicosocial se planean y se suben las sesiones de clases del 9 al 31 de Mayo ACTIVIDADES MES DEMAYO. Reuniones y actividades programadas con la coordinadora de enlace, instructor/es, docentes. Bienvenida, conformación y ajustes de grupos listados, propuesta, adecuación de espacios, acompañamiento a estudiantes, desarrollo de actividades en el SIM, actividades semanales, otros que se realizan segun programa y directrices como: ajustes, observaciones, reuniones. como: ajustes, observaciones, reunionés. Se revisa el acompañamiento en el SIM, se tiene programado un festival para el 17 de mayo. SESIONES DE CLASES MES DE MAYO 2024. <table><tr><th>GRUPOS</th><th>SESIONES DE CLASES PROGRAMADAS</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th><th>TOTAL, PROGRAMADAS</th><th>TOTAL, EJECUTADAS</th></tr><tr><td>1</td><td>Martes,09:00:00,11:00:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23</td><td>9,14,16, 21,23</td><td rowspan="4">28</td><td rowspan="4">16</td></tr><tr><td>2</td><td>Martes,12:15:00,14:15:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23</td><td>9,14,16,21,23</td></tr><tr><td>3</td><td>Miercoles,09:00:00,11:00:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10</td><td>10,15,22,</td></tr><tr><td>4</td><td>Miercoles,12:15:00,14:15:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10</td><td>10,15,22</td></tr></table>	GRUPOS	SESIONES DE CLASES PROGRAMADAS	SESIONES EJECUTADAS	TOTAL, PROGRAMADAS	TOTAL, EJECUTADAS	1	Martes,09:00:00,11:00:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23	9,14,16, 21,23	28	16	2	Martes,12:15:00,14:15:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23	9,14,16,21,23	3	Miercoles,09:00:00,11:00:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10	10,15,22,	4	Miercoles,12:15:00,14:15:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10	10,15,22
GRUPOS	SESIONES DE CLASES PROGRAMADAS	SESIONES EJECUTADAS	TOTAL, PROGRAMADAS	TOTAL, EJECUTADAS																
1	Martes,09:00:00,11:00:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23	9,14,16, 21,23	28	16																
2	Martes,12:15:00,14:15:00 14,21 Jueves,09:00:00,11:00:00 9,16,23	9,14,16,21,23																		
3	Miercoles,09:00:00,11:00:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10	10,15,22,																		
4	Miercoles,12:15:00,14:15:00 15,22 Viernes,09:00:00,11:00:00 10	10,15,22																		

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)

	OBSERVACIONES DE MAYO 2024. El día viernes 17 DE MAYO, no se realizó clase en la institución - celebración día del maestro. EVIDENCIA: Reporte SIM, malla curricular y plan pedagógico informe 1 mes: MAYO 2024 UBICACIÓN: Carpeta de evidencias cargada en el Secop 2 numeral 7 – mes de mayo 2024. CPS 1278 - 2024 DEL 09/05/2024
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.	ACTIVIDADES: Se tiene conocimiento de las condiciones de algunos estudiantes que llevan tiempo en la institución por reportes de los padres e interacción con los estudiantes, han llegado nuevos estudiantes. Se esperan listados oficiales y pasar la solicitud al ente encargado de la institución para la información referente a la obligación. Solicitud de copia para cada carpeta/ listados de grupo, se revisa si hay novedad cuando se llama a lista y se consulta al grupo si alguno presenta dificultad o tiene impedimento por alguna situación. Los documentos se encuentran en los archivos del IED COLOMBIA VIVA, la institución es la que archiva y maneja dichos documentos de los estudiantes. EVIDENCIA: No se registra evidencia, ya que los documentos en mención reposan / hacen parte de los archivos de la IED COLOMBIA VIVA y en el momento en que se requieran se hará el trámite respectivo con el personal a cargo según protocolo/s. Activación de alertas por accidentes.
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.	ACTIVIDADES: Se dio inicio/continuidad al programa escolar JEC 2024. en la IED COLOMBIA VIVA. A la fecha no se identifica ni se hace reporte de estudiantes con las condiciones y /o características requeridas según obligación Se realizará el reporte de los posibles estudiantes a cargo en el centro de interés de atletismo, mediante el desarrollo de las diversas actividades y procesos a lo largo del año: mediante el desarrollo de clases y/o actividades recreo deportivas, test de Semilleros - escuela de formación y otras actividades a fin. Se realizará el debido proceso, informar al gestor y a la institución Colombia viva, siguiendo conducto regular.

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)

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 bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	ACTIVIDADES: Se cumple, con la actividad cada que se programado alguna actividad referente a la obligación/es y otras que se presentan por circunstancias especiales durante el cumplimiento de actividades. Programación y Desarrollo de eventos JEC, actividades educativas pertinentes IDRD-JEC. Actas: actividad Festival a realizar el 27 de mayo en el parque de san Cristóbal EVIDENCIA: Reporte SIM, informe 1 mes: MAYO 2024. UBICACIÓN: Carpeta de evidencias cargada en el secop 2 numeral 7 – mes mayo 2024. CPS 1278 - 2024 DEL 09/05/2024
Obligación N° 5 El contratista adoptara 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.	ACTIVIDADES: Se da cumplimiento a la obligación, mediante los requerimientos de la institución, medidas necesarias a beneficio de las partes. No hay causal alguna que impida el cumplimiento, o impedimento/s que generen conflicto de interés, como reza la obligación, acordes con las funciones orden y naturaleza del cargo, manual de funciones. En este periodo de actividades correspondientes al mes de MAYO, se cumple a cabalidad con la obligación, no se ha presentado dificultad con el compromiso adquirido u obligaciones anteriormente especificadas, doy cumplimiento al objeto del contrato sin ninguna novedad. EVIDENCIAS: Formato declaración conflicto de interés. UBICACIÓN: SECOPII: Evidencias informe N° 1, mes MAYO 2024 CPS 1278 - de 2024 - Obligación 5.
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.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. FORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	\$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	\$ 0
	TOTAL	\$ 0

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



NOMBRE: BENJAMIN RIVAS CORTES
CC: 11799044

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



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: WILLIAM RENE TORRES AGUDELO
Número de identificación: 80240522
Cargo: 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)

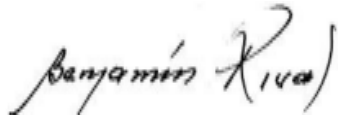
Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del párrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración 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	BENJAMIN RIVAS CORTES									
2	Identificación	CC	x	CE		Numero	11799044	Nº contrato	IDRD - CTO 1278-2024		
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	X
4	Pertenece al Régimen Simple							SI		NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	X
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800							SI		NO	X
7	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				Fecha de pago				Valor pagado		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$				
	Afilación Aportes Riesgos Laborales ARL \$						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 número de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mí.										
	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 número de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))									#	1
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI	X	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo							SI		NO	X
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	X
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal o EPS). Anexo							SI		NO	X
12	e) Padres y los hermanos por 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 o EPS). Anexo							SI		NO	X
	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO	X
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (párrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:							\$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.
DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 30 MM 05 AA 24



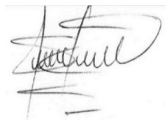
FIRMA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BENJAMIN RIVAS CORTES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11799044**, se encuentra afiliado/a desde **01/12/2010** 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 22 de mayo 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.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Fecha de Radicación: 20.05.2024

DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐ 2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐ C. Beneficiario ☐ 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cotizado de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ Cédula de registro en EPS: ☐

A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: CORTES, BENIGNO 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número del documento de identidad: 11222222 9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ 10. Fecha de nacimiento: 09/05/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Estado: 12. Discapacidad: 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administración de riesgos laborales - ARL: PUBLIUNIV 16. Administración de pensiones: COLPENSARIO 17. Ingresos mensuales: 2.800.000 Cédula de la EPS: 20A-46 E1-AP-403

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

18. Apellidos y nombres: 19. Tipo de documento de identidad: 20. Número del documento de identidad: 21. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 22. Fecha de nacimiento: 00/00/00

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

23. Apellidos y nombres: 24. Tipo de documento de identidad: 25. Número del documento de identidad: 26. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 27. Fecha de nacimiento: 00/00/00

28. Apellidos y nombres: 29. Tipo de documento de identidad: 30. Número del documento de identidad: 31. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 32. Fecha de nacimiento: 00/00/00

33. Apellidos y nombres: 34. Tipo de documento de identidad: 35. Número del documento de identidad: 36. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 37. Fecha de nacimiento: 00/00/00

38. Apellidos y nombres: 39. Tipo de documento de identidad: 40. Número del documento de identidad: 41. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 42. Fecha de nacimiento: 00/00/00

43. Apellidos y nombres: 44. Tipo de documento de identidad: 45. Número del documento de identidad: 46. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 47. Fecha de nacimiento: 00/00/00

48. Apellidos y nombres: 49. Tipo de documento de identidad: 50. Número del documento de identidad: 51. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 52. Fecha de nacimiento: 00/00/00

53. Apellidos y nombres: 54. Tipo de documento de identidad: 55. Número del documento de identidad: 56. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 57. Fecha de nacimiento: 00/00/00

58. Apellidos y nombres: 59. Tipo de documento de identidad: 60. Número del documento de identidad: 61. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 62. Fecha de nacimiento: 00/00/00

63. Apellidos y nombres: 64. Tipo de documento de identidad: 65. Número del documento de identidad: 66. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 67. Fecha de nacimiento: 00/00/00

68. Apellidos y nombres: 69. Tipo de documento de identidad: 70. Número del documento de identidad: 71. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 72. Fecha de nacimiento: 00/00/00

73. Apellidos y nombres: 74. Tipo de documento de identidad: 75. Número del documento de identidad: 76. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 77. Fecha de nacimiento: 00/00/00

78. Apellidos y nombres: 79. Tipo de documento de identidad: 80. Número del documento de identidad: 81. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 82. Fecha de nacimiento: 00/00/00

83. Apellidos y nombres: 84. Tipo de documento de identidad: 85. Número del documento de identidad: 86. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 87. Fecha de nacimiento: 00/00/00

88. Apellidos y nombres: 89. Tipo de documento de identidad: 90. Número del documento de identidad: 91. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 92. Fecha de nacimiento: 00/00/00

93. Apellidos y nombres: 94. Tipo de documento de identidad: 95. Número del documento de identidad: 96. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 97. Fecha de nacimiento: 00/00/00

98. Apellidos y nombres: 99. Tipo de documento de identidad: 100. Número del documento de identidad: 101. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 102. Fecha de nacimiento: 00/00/00

103. Apellidos y nombres: 104. Tipo de documento de identidad: 105. Número del documento de identidad: 106. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 107. Fecha de nacimiento: 00/00/00

108. Apellidos y nombres: 109. Tipo de documento de identidad: 110. Número del documento de identidad: 111. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 112. Fecha de nacimiento: 00/00/00

113. Apellidos y nombres: 114. Tipo de documento de identidad: 115. Número del documento de identidad: 116. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 117. Fecha de nacimiento: 00/00/00

118. Apellidos y nombres: 119. Tipo de documento de identidad: 120. Número del documento de identidad: 121. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 122. Fecha de nacimiento: 00/00/00

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

- SI NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☐ ☐
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presente de manera clara su puesto en el ranking? ☐ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☐ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☐ ☐
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☐ ☐
- Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☐ ☐

Firma del Afiliado:

Marjorina Rivas
Nombres y Apellidos: Marjorina Rivas Cortes
Identificación: 11229044

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES Y
DATOS PERSONALES SENSIBLES**

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o
no puede firmar: _____



Huella



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, **BENJAMIN RIVAS CORTES** identificado con CC No. **11799044**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 03/05/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 02/05/2024 Fecha fin de Contrato: 05/11/2024 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): 202401015332829.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

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