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.	02		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	10	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1910 - 2020 - DE 21/08/2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2020800201100975E

1. INFORMACIÓN GENERAL 1

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BUITRAGO ROMERO JUAN PABLO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1015431298	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 9.240.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	1/09/2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	30/12/2020	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 1 de octubre de 2020 al 30 de octubre 2020	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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1:

Apoyar de manera presencial y/o virtual la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.</td><td>ACTIVIDADES: En este periodo se realizaron sesiones de actividad física en el colegio San Martin de Porres en la modalidad de actividad física en el periodo comprendido desde el 1 de octubre al 30 de octubre de 2020

<table>
<tr><td>Grupo</td><td>Días</td><td>Horario</td></tr>
<tr><td colspan="3">Colegio San Martin de Porres</td></tr>
<tr><td>Grupo actividad física</td><td>Martes y jueves</td><td>3:00 -5:00 PM</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Grupos establecidas con días y horarios en el sistema de información misional SIM
UBICACIÓN: Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 1</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2:

Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.</td><td>ACTIVIDADES: En este periodo se han presentado las planeaciones de sesiones de clase en actividad física, conforme a los planes pedagógicos establecidos por el Proyecto 7854 Jornada escolar complementaria.

<table>
<tr><td>Grupo</td><td>Sesiones planeadas octubre</td></tr>
<tr><td colspan="2">Colegio San Martin de Porres</td></tr>
<tr><td>1 actividad física</td><td>1-15-22-27-29</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Sesiones establecidas con días y horarios en el sistema de información misional SIM
UBICACIÓN: Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 2</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3:

Ejecutar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que</td><td>ACTIVIDADES: Para este periodo se prepararon y ejecutaron las sesiones del colegio San Martin de Porres de forma virtual por la plataforma Meet, con los horarios establecidos previamente.</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).</td>
<td>
<table>
<tr><th>Grupo</th><th>Horario</th><th>Sesiones planeadas</th><th>Sesiones ejecutadas</th></tr>
<tr><td colspan="4">Colegio San Martin de Porres</td></tr>
<tr><td>1 actividad física</td><td>Martes y jueves</td><td>1-15-22-27-29</td><td>1-15-22-27</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Grupos, planeación y ejecución se encuentran registradas en el SIM y en la evidencia fotografía en el reporte relación de sesiones.
UBICACIÓN: SIM y Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 3
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4:

Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td>
<td>ACTIVIDADES: Se realizó la solicitud del usuario y contraseña del SIM, el día 15 de septiembre de 2020, al correo soportetiempoescolarc@gmail.com con el respectivo formato de solicitud.
EVIDENCIA: Pantallazo del correo con la respectiva solicitud ya mencionada.
UBICACIÓN: Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5:

Elaborar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto.</td>
<td>ACTIVIDADES: Para este periodo se han elaborado y ejecutado las sesiones del colegio San Martin de Porres de forma virtual por la plataforma Meet, basados en los programas pedagógicos establecidos por el programa.

<table>
<tr><th>Grupo</th><th>Horario</th><th>Sesiones planeadas</th><th>Sesiones ejecutadas</th></tr>
<tr><td colspan="4">Colegio San Martin de Porres</td></tr>
<tr><td>1 actividad física</td><td>Martes y jueves</td><td>1-15-22-27-29</td><td>1-15-22-27</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Grupos, planeación y ejecución se encuentran registradas en el SIM y en la evidencia fotografía en el reporte relación de sesiones.
UBICACIÓN: SIM y Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 5</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 6:

Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de</td>
<td>ACTIVIDADES: se han subido cada una de las planeaciones de clase implementada en el SIM en los primeros días calendario de cada quincena según los parámetros establecidos.</td>
</tr>
</table>

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)

los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	**EVIDENCIA:** Reporte SIM (SIM-IDRD /actividades /actividades en grupos) **UBICACIÓN:** SIM-IDRD/ formador/ actividades /sesiones de clase y Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 6
Obligación No. 7: Apoyar de manera presencial y/o virtual la recopilación de 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.	**ACTIVIDADES:** Para este periodo de actividades se están recopilando los antecedentes y condiciones médicas de los estudiantes en los grupos a cargo. **EVIDENCIA:** Base de datos estudiantes y la recopilación de datos está en proceso. **UBICACIÓN:** Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 7
Obligación No. 8: Recopilar de manera presencial y/o virtual las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**ACTIVIDADES:** Para este periodo está en proceso la recopilación los antecedentes y condiciones médicas de los estudiantes de los grupos a cargo. **EVIDENCIA:** La recopilación está en proceso **UBICACIÓN:**
Obligación No. 9: Apoyar de manera presencial y/o virtual las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**ACTIVIDADES:** **Gestor Yonatan Fred Corredor** • 5-10-2020 cualificación operativa zona 1 • 5-10-2020 operativa ied delia zapata 7 a 9 am • 6-10-2020 operativo día 2 ied delia zapata • 6-10-2020 operativo día 2 ied delia zapata 11-1 pm • 7-10-2020 operativa ied delia zapata 7 a 9 am • 7-10-2020 operativa pedagógica social ied delia zapata 11 a 1 pm • 9-10-2020 operativa cierre cualificaciones ied delia zapata • 15-10-2020 empalme y presentación de equipo zona 1 9 a 11 am • 19-10-2020 reunión zona 1 San Martín de Porres 8 a 9 am

	EVIDENCIA: SECOP II- Obligacion7- evidencias octubre-actas **UBICACIÓN:** Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-actas
Obligación No. 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.	**ACTIVIDADES:** para este periodo de actividad y debido a la contingencia mundial de la pandemia Covid-19, se estableció parámetros para deportes en específico tratados en la del día 3 de la zona 1 a cargo de james huertas de forma virtual donde los profesores encargados de los semilleros entraran a las sesiones e identificaran a los estudiantes con mejor desempeño. **EVIDENCIA:** documento de plan de trabajo y seguimiento diario- reunión día 3 zona 1 – link de reunión **UBICACIÓN:** Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 10-plan de trabajo y seguimiento – reunión día 3 zona 1 – link de reunión
Obligación No. 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	**ACTIVIDADES**: Se cuenta con el curso de Primer Respondiente actualizado a la fecha como cumplimiento a esta obligación el cual fue entregado al IDRD en los papeles de contratación, al igual se encuentra ubicado en el secop II en el numeral 7 ejecución del contrato-primer respondiente. **EVIDENCIA:** Se adjunta en digital el respectivo curso vigente de primer respondiente. **UBICACIÓN:** secop II-numeral 7 ejecución del contrato-primer respondiente.
Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	**ACTIVIDADES:** Se cumple con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés de actividad física en concordancia a lo dispuesto en los programas pedagógicos establecidos. Se realiza sesiones de actividad física teniendo asignado el centro de interés futbol en colegio San Martín de Porres. Se asiste a reuniones y cualificaciones programadas por el programa.

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)

	EVIDENCIA: se adjunta en la carpeta de evidencias de octubre ubicada en el secop II numeral 7 **UBICACIÓN:** Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 2-3-5-6-10 Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-actas.
Obligación No. 13: Participar de manera presencial y/o virtual en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para poyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.	**ACTIVIDADES:** para el presente periodo de actividades no se ha realizado ninguna actividad de apoyo o participación en algún evento. **EVIDENCIA:** no se realizaron actividades **UBICACIÓN:** no se realizaron actividades
Obligación No. 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**ACTIVIDADES:** se promueven cada una de las competencias básica, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, y adolescentes y jóvenes en el colegio San Martin de Porres, conforme con los lineamientos establecidos en los documentos guías SIM, en cada una de las planeaciones de sesiones del centro de interés. **EVIDENCIA:** Planeaciones de sesiones con parámetros de competencias básicas socioemocionales y ciudadanas. **UBICACIÓN:** Secop II-Obligacion7- evidencias octubre-fotográficas-obligación 6
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. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	$ 115,500
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCION	$ 147,900
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 22,600
	TOTAL	$ 286,000

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.

Juan pablo Br.

Firma Contratista
Juan Pablo Buitrago Romero
C.C. 1.015.431.298
Técnico de enseñanza del centro de interés

Yonatan Corredor T
VoBo. Yonatan Fred Corredor T
80191685Btá
Gestor Ied
Apoyo a la Supervisión
02-Nov-2020

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

En el presente lapso el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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	Contrato No.	**1910 DE 2020**												
2	Nombre del Contratista	**JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1,015,431,298**						
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE		
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO		
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**X**	
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**X**	
8	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.													
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**115,500.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**147,900.00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22,600.00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual													
	AFC $	**0.00**						Ahorro Voluntario Pensión $		**0.00**				
10	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									SI		NO	**X**	
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**X**	
12	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.													
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**X**	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**X**	
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**	
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**	
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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.

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**X**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				

Juanpablo Br.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **10** AA **2020**

Juan Pablo Buitrago Romero
C.C. 1.015.431.298
Técnico de enseñanza del centro de interés

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015431298	JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO		CLL 6D N 79A - 76	7362663	juan.920512@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2020-09	2020-09	I	28/10/2020	46207888	$286.000	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	115.500	0		0		0	0	0	0	115.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	147.900	0	0	0	0	0	0		147.900	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	22.600				22.600	0	0	22.600			226	22.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	115.500	115.500
Pensión	1	147.900	147.900
Riesgos Laborales	1	22.600	22.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	286.000	286.000

PAGADA
46207888

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015431298	JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO		CLL 6D N 79A - 76	7362663	juan.920512@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2020-09	2020-09	I	28/10/2020	46207888	$286.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional	Fondo pensional de solidaridad	Fondo Cód. subsistencia	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	1015431298	BUITRAGO ROMERO JUAN PABLO	59	0			N							X										230201	924.000	147.900	0	0	0	0	EPS017	924.000	115.500	14-23	924.000	3	22.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

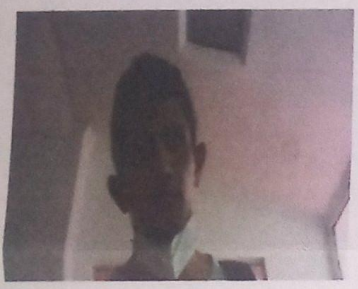
CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirreción: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

Cendiatra

SEDE	CENDIATRA NORTE	**DIRECCIÓN**	Autopista Norte 106 - 93
TELÉFONO	704 2164 - 74604725	**EMAIL**	servicio.cliente@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2020-07-28	**TIPO DE EXAMEN**	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO		Identificación CC	Nro 1015431298	
Fecha de Nacimiento	1992-05-12	**Edad**	28	**Sexo**	M
Empresa	PARTICULAR/NORTE				
Cargo	INSTRUCTOR DEPORTIVO				
Fecha Ingreso	2020-07-28 12:07:15	**Fecha Salida**	2020-07-28 12:11:06		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

VISIOMETRIA

CONCEPTO_DE_APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD — SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

VALORACION OPTOMETRICA — SI

OTRAS: — NO PRESENTA

CONTROLES

titulo

CONDICION VISUAL — SI

OTROS — NO PRESENTA

Dra. Ricardina Rodriguez M.
Medica-Esp. en SST
R.M. 1144-Lic. SST 2553/2020

RICARDINA ROSIBLE RODRIGUEZ
RM: 542113
Firma y sello del médico

Juan Pablo BBR.

JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO
CC 1015431298
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

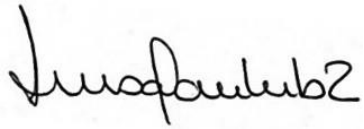
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.015.431.298, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 21/08/2020 y fecha fin de contrato 25/12/2020 con 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001019218432.

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de Septiembre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

1.RELACIÓN SESIONES								
NOMBRE	JUAN PABLO BUITRAGO ROMERO			COORDINADOR	YONATAN FRED CORREDOR			
FECHA REVISIÓN	2020-10-28 14:05:39			Mes	Octubre			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS	
COLEGIO SAN MARTIN DE PORR	SAN MARTIN DE PORRES,	1	**Jueves,15:00:00,17:00:00** 1-15-22-29 **Martes,15:00:00,17:00:00** 27	1-15-22-27		5	4	
FECHA - HORARIO	2020-10-05 (07:00:00 - 09:00:00)			TEMA	CUALIFICACIÓN OPERATIVA ZONA 1 05-10-2020			
FECHA - HORARIO	2020-10-06 (07:00:00 - 09:00:00)			TEMA	OPERATIVA DIA 2 IED DELIA ZAPATA 06-10-2020			
FECHA - HORARIO	2020-10-06 (11:00:00 - 13:00:00)			TEMA	OPERATIVA DIA 2 IED DELIA ZAPATA 11-1 PM			
FECHA - HORARIO	2020-10-05 (07:00:00 - 09:00:00)			TEMA	OPERATIVA 05-10-2020 IED DELIA ZAPATA 7 A 9 AM			
FECHA - HORARIO	2020-10-07 (07:00:00 - 09:00:00)			TEMA	OPERATIVA 07-10-2020 IED DELIA ZAPATA 7 A 9 AM			
FECHA - HORARIO	2020-10-07 (11:00:00 - 13:00:00)			TEMA	OPERATIVA PEDAGOGICA SOCIAL 07-10-2020 IED DELIA ZAPATA 11 A 1 PM			
FECHA - HORARIO	2020-10-09 (16:00:00 - 18:00:00)			TEMA	OPERATIVA CIERRE CUALIFICACIONES 09-10-2020 IED DELIA ZAPATA			
FECHA - HORARIO	2020-10-15 (09:00:00 - 11:00:00)			TEMA	Empalme y presentación equipo de trabajo IED San Martín de Porres - Método Virtual Google Meet			
FECHA - HORARIO	2020-10-19 (08:00:00 - 08:55:00)			TEMA	Reunión Zona 1 Ied San Martín de Porres - Método Virtual Google Meet			

Yonatan Corredor T

VoBo. Yonatan Fred Corredor T
80191685 Btá
Gestor Ied
Apoyo a la Supervisión
02-nov-2020

Juanpablo Br.

Juan Pablo Buitrago Romero
C.C. 1.015.431.298
Técnico de enseñanza del centro de interés

Yonatan F Corredor

Yonatan F Corredor T
c.c. 80191685Bogotá
Gestor IED

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. CRP 9089 1910.pdf	1. CRP 9089 1910.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1910.pdf	2. ARL 1910.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	14. primer respondiente.pdf	14. primer respondiente.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SEPTIEMBRE.rar (Archivado)	SEPTIEMBRE.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS SEPTIEMBRE.rar	EVIDENCIAS SEPTIEMBRE.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 JUAN BUITRAGO SEPTIEMBRE 2020.pdf	BUITRAGO ROMERO JUAN PABLO - SEPTIEMBRE 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS OCTUBRE.rar	EVIDENCIAS OCTUBRE.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Jonatan Corredor T
VoBo. Yonatan Fred Corredor T
80191685 Btá
Gestor Ied
Apoyo a la Supervisión
02-nov-2020

Juanpablo Br.
Juan Pablo Buitrago Romero
C.C. 1.015.431.298
Técnico de enseñanza del centro de interés

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1015431298
NOMBRES	JUAN PABLO
APELLIDOS	BUITRAGO ROMERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Jonatan Corredor T
VoBo. Yonatan Fred Corredor T
80191685 Btá
Gestor Ied
Apoyo a la Supervisión
02-nov-2020

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	21/02/1996	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/02/2020 13:40:51	**Estación de origen:**	186.155.14.122

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Juan pablo Br.
Juan Pablo Buitrago Romero
C.C. 1.015.431.298
Técnico de enseñanza del centro de interés