INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	5		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	01	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1606 del 19 de Agosto de 2020.
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1015411433	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(nueve millones doscientos cuarenta mil pesos).	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	25/08/20.	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	16/12/20 AL 24/01/21. (39 días).	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	03/02/21.	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	25/01/21 AL 30/01/21.	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE 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)

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: .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.	**Actividades:** Se reanuda el contrato desde la fecha 25 de enero de 2021, de igual manera se está presto para realizar apoyó de manera presencial o virtual en la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes del proyecto jornada escolar complementaria IDRD.
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.	**Actividades:** Se presentaron todas las sesiones de clase, de la fecha 01 al 27 de noviembre, ya que en dicha se finalizó labores académicas en la institución educativa Manuela Beltrán, por tal motivo el sistema de información misional para el presente periodo de actividades no se utilizó.
Obligación No. 3: Ejecutar de manera presencial y/o virtual las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que 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).	**Actividades:** Durante este periodo de actividades no se utilizó el sistema de información misional debido a que las sesiones de clase finalizaron en la fecha 27 de noviembre del 2020 y se reanuda el contrato desde la fecha 25 de enero de 2021, de igual manera se cuenta con toda disposición para dar alcance a la obligación contractual.
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.	**Actividades:** Para el presente periodo de actividades se cuenta con la asignación de usuario y contraseña SIM, la cual fue asignada después de la firma del acta de inicio. **Evidencia:** Pantallazo SIM activo juan. Vasquez **Ubicación:** La plataforma SIM Usuario juan. Vasquez

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. 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.	**Actividades:** Se cumplió a cabalidad con las sesiones planeadas y ejecutadas hasta la fecha 27 de noviembre de 2020, en la institución educativa Manuela Beltrán, se informa que el sistema de información misional se dejó al día hasta dicha fecha donde se apoyó en la I.E.D y que por ende para el presente mes no se utilizó ya que se reanuda el contrato desde la fecha 25 de enero de 2021.
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 los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	**Actividades:** Se elaboraron las sesiones de clase siguiendo los criterios técnicos, pedagógicos y sociales establecidos, hasta la fecha 27 de noviembre de 2020, en la institución educativa Manuela Beltrán. Después de la fecha ya nombrada no se ha dado uso de la plataforma SIM.
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 musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	**Actividades:** Se recopilo los antecedentes médicos de cada estudiante, los cuales también fueron gestionados por el docente enlace Iván Pelayo Monroy. **Evidencia:** •La IED solicito estos documentos para la inscripción de los estudiantes. **Ubicación:** • Reposa en los archivos de la IED.
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:** Se recopilaron los antecedentes médicos de cada estudiante, los cuales también fueron gestionados por el docente enlace. De igual manera se está presto a los reportes específicos de los niños que sufren alguna patología y de esta manera se les da un trato adecuado durante la actividad física. **Evidencia:** •La IED solicito estos documentos para la inscripción de los estudiantes. **Ubicación:** • Reposa en los archivos de la IED.
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	**Actividades:** Para este periodo de actividades se realizó reuniones con el área pedagógica y social donde se dan a conocer los objetivos y lineamientos del proyecto jornada escolar complementaria, llevando una armonización efectiva durante lo transcurrido del mes, cumplimiento con cada obligación contractual.

con el cumplimiento de su objeto contractual.	**26 de enero de 2021:** Reunión Social - operativa y pedagógica Viviana Diaz – Juan Carlos González. – Paola Cumba. **27 de enero de 2021:** Reunión Social - operativa y pedagógica Viviana Diaz – Juan Carlos González. – Paola Cumba. **28 de enero de 2021:** Reunión Social - operativa y pedagógica Viviana Diaz – Juan Carlos González. – Paola Cumba. **29 de enero de 2021:** Reunión Social - operativa y pedagógica Viviana Diaz – Juan Carlos González. – Paola Cumba. **Evidencia:** Se relacionan los links de cada reunión. https://meet.google.com/apw-cbmo-ctf meet.google.com/bty-wxqt-fmg **Ubicación:** ARCHIVO DOCUMENTAL CARPETA - ACTAS DE REUNIONES DRIVE DEL GESTOR ANDRÉS VELANDIA POVEDA.
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:** Durante los periodos anteriores no se postuló ningún estudiante para semilleros de jornada escolar complementaria, sin embargo, estoy en la disposición de postular estudiantes en este inicio de actividades académicas y cuando así lo identifique en el centro de interés futbol de salón.
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 realizó la entrega de certificado de primer respondiente en el primer informe número uno (1), correspondiente al mes de agosto de 2020, el actual certificado tiene vigencia hasta el 13 de enero de 2022. **Evidencia:** Documento primer respondiente. **Ubicación:** El documento se encuentra cargado en la ubicación SECOP II -CONTRATO 1606 - 2020 EVIDENCIAS DE ENERO 2021 - CARPETA OBLIGACION 11.
Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa	**Actividades:** Para el presente periodo de actividades y por motivo de reanudación del actual contrato se sigue presto para dar alcance a cada obligación y solicitud contractual cumpliendo con los lineamientos propuestos por el proyecto.

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)

y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	
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 apoyar 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 no se realizó participación en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales para la representación de la entidad, de igual forma se está presto para dar alcance a dicha obligación contractual.
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 trabaja mediante las jornadas de cualificación la elaboración de las sesiones de clase se ha promovido las competencias ciudadanas básicas y socioemocionales por medio de las intervenciones desarrolladas en el proyecto jornada escolar complementaria.
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	COMPENSAR	$109.800
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$140.500
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$21.400
	TOTAL	$271.700

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
JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO
CC: 1015411433

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

En el presente lapso el contratista cumplió con las obligaciones contratuales asignadas

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Eduar David Martínez Segura.
N° de Identificación: 1.033.701.435
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 01

Andrés Velandia Poveda – Cédula # 79590256
Apoyo a la Supervisión

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.	**1606- 2020**												
2	Nombre del Contratista	**VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1015411433**						
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 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800									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 $	**109.800,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**140.500,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**21.400,00**						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 $							Ahorro Voluntario Pensión $						
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 inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo									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 (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712									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	**x**	NO		
	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 (2020) $9,257,820 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 (2020) $9,257,820. 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.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **1** AA **2021**



FIRMA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO
No. Identificación: CC1015411433
Dirección: CR 90 A 45 A 05 SUR
Telefono: 4934807
Correo: juankita2010@hotmail.es
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347564403

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO
Tipo y número de identificación	CC1015411433
Número de planilla	8347564403
Fecha pago	2020-12-24
Número de autorización pago	1000000034
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	21400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

8347564403

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1015411433
APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	**IBAGUE**	**25**	**25-46-101009415**	**1**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	**12**	**2020**	**20**	**08**	**2020**	**00:00**	**01**	**09**	**2021**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
VASQUEZ CRISTIANO, JUAN CARLOS	**CC: 1015.411.433**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CR 90 A 45A 05	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3134135550

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE	**NIT: 860.061.099-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CALLE 63 NO 59A - 06	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	6605400

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. IDRD-CTO-1606-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**20/08/2020**	**01/09/2021**	**$924,000.00**	**$924,000.00**

ACLARACIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE CORREN VIGENCIAS SEGUN ACTA DE SUSPENSION

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********924,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-46-101009415

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101009415	1

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	12	2020	20	08	2020	00:00	01	09	2021	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
VASQUEZ CRISTIANO, JUAN CARLOS	CC: 1015.411.433	CR 90 A 45A 05	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3134135550

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE	NIT: 860.061.099-1	CALLE 63 NO 59A - 06	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	6605400

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA MasterCard Diners Club International AMERICAN EXPRESS

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · LA 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movil Red · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · copidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL
$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ **********0.00	$ *********924,000.00

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
TE ASEGURAMOS RG LTDA	164053	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

PLAN DE PAGO CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO

RACIÓN

DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101009415	1

FECHA EXPEDICION DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
15	12	2020	20	08	2020	00:00	01	09	2021	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	VASQUEZ CRISTIANO, JUAN CARLOS		CC: 1015.411.433
DIRECCIÓN: CR 90 A 45A 05	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	3134135550

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE		NIT: 860.061.099-1
DIRECCIÓN: CALLE 63 NO 59A - 06	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	6605400

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 4C NO. 33 - 08 - TELEFONO: 2701040 - IBAGUE

25-46-101009415

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

DLF164053B

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

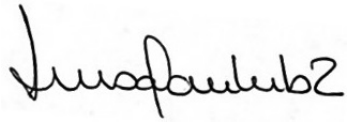
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO, con Cédula Ciudadanía No. 1015411433 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 21/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 21/12/2020 y fecha hasta 03/02/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202101011350359.

Dada en Bogotá, a los 25 días del mes de enero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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 8770 1606.pdf	1. CRP 8770 1606.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. ARL 1606.pdf	2. ARL 1606.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PRIMER RESPONDIENTE CTO 0616 -2020 JUAN VASQUEZ.pdf (Archivado)	PRIMER RESPONDIENTE CTO 0616 -2020 JUAN VASQUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SEPTIEMBRE CTO 0616- 2020 JUAN VASQUEZ..zip (Archivado)	SEPTIEMBRE CTO 0616- 2020 JUAN VASQUEZ..zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PRIMER RESPONDIENTE CTO 1606 -2020 JUAN VASQUEZ.pdf	PRIMER RESPONDIENTE CTO 1606 -2020 JUAN VASQUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SEPTIEMBRE CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ..zip (Archivado)	SEPTIEMBRE CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ..zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	AGOSTO CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ..zip (Archivado)	AGOSTO CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ..zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME #1 AGOSTO - 2020.pdf (Archivado)	INFORME #1 AGOSTO - 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME #2 SEPTIEMBRE - 2020.pdf (Archivado)	INFORME #2 SEPTIEMBRE - 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	OCTUBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip (Archivado)	OCTUBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS-AGOSTO CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS-AGOSTO CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS-SEPTIEMBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS-SEPTIEMBRE CTO 1606- 2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS-OCTUBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS-OCTUBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME #1 SEPTIEMBRE - 2020.pdf	INFORME #1 SEPTIEMBRE - 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS octubre 2020.pdf	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS octubre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS- NOVIEMBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS- NOVIEMBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS noviembre 2020.pdf	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS noviembre 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS diciembre-2020.pdf	VASQUEZ CRISTIANO JUAN CARLOS diciembre-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS DICIEMBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS DICIEMBRE CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS ENERO CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	EVIDENCIAS ENERO CTO 1606-2020 JUAN VASQUEZ.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	Certificado ARL 2021.pdf	Certificado ARL 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Andrés Velandia Poveda – Cédula # 79590256

Apoyo a la Supervisión

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | **Fecha de Radicación** D 2 M M A 2 0 2 1

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	B. Colectiva	A. Contributivo	A. Cotizante	A. Dependiente	59
B. Reporte de Novedades: e	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	B. Cabeza de familia	B. Independiente: X	
		D. De oficio		C. Beneficiario	C. Pensionado	

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Vasquez	Segundo Apellido: Cristiano	Primer Nombre: Juan	Segundo Nombre: Carlos

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1015411433	Femenino: Masculino: X	1 1 0 1 M 1 9 8 9

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			Positiva	Protección

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
$ 908.526	Cra 90a #45a05sur.	Teléfono fijo	3134135550	Teléfono celular	
Correo electrónico: juanchocristiano@outlook.com	Bogotá D.C.	Zona Urbana: / Rural:	Departamento: Cundinamarca		

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre: 1015411433	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino: Masculino:	D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		059
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: ✓
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ✓
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ✓
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ✓
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ✓

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
Juan Carlos Vasquez	1015411433

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial
61. Copia de la orden, auto y/o del acto administrativo de custodia
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad y/o certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita del cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

22 ENE 2021 — Recibido a satisfacción — Wendy Paola Valencia C.

FORMULARIO RESOLUCIÓN 1021

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 Con…**
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

VER CONTRATO

Modificación del Contrato

Ref. de Modificación	Tipo de modificación	Fecha de modificación	Fecha de Aprobación	Estado	Versión	Versión previa
CO1.CTRMOD.5483305	Reactivar el contrato	21/01/2021 4:06 PM *(UTC -5 horas)*	21/01/2021 4:08 PM *(UTC -5 horas)*	Publicado	1	Ver
CO1.CTRMOD.5239294	Suspender el contrato	14/12/2020 11:28 AM *(UTC -5 horas)*	14/12/2020 11:28 AM *(UTC -5 horas)*	Publicado	1	Ver

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Est

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

VER CONTRATO

Condiciones ejecución y entrega

Condiciones de entrega Como acordado previamente

El contrato puede ser prorrogado ○ Sí ○ No

Configuración financiera - Garantías

¿Solicitud de garantías? ◉ Sí ○ No

Seriedad de la oferta ○ Sí ○ No

Cumplimiento ◉ Sí ○ No

☑ Cumplimiento del contrato

% del valor del contrato 10,00 Fecha de vigencia (desde) 3/08/2020 8:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de vigencia (hasta) 3/06/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual ○ Sí ◉ No

Fecha límite para entrega de garantías: 6/08/2020 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 15/12/2020 7:34:24 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detalle
	CO1.WRT.5956317	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	924.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	1/09/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Detalle
	CO1.WRT.5298637	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	924.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO S.A	18/06/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detalle

Agregar

Configuración financiera - Pago de anticipos

Definir Plan de Pagos? ○ Sí ◉ No *

Condiciones de facturación y pago

Forma de pago Abono en cuenta

Plazo de pago de la factura A definir

Comentarios

Comentarios

Anexos del contrato

	Descripción		
☐	DOCUMENTOS SESIBLES JUAN CARLOS VASQUEZ CRISTIANO.pdf	Descargar	Detalle

Dirección de notificaciones

Dirección de notificaciones	Calle 63 # 59a - 06
Ubicación	CO-DC-11001 - Bogotá
País	COLOMBIA
Departamento	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	Bogotá
Dirección	Calle 63 # 59a - 06
Código postal	

	Grados (º)	**Minutos (')**	**Segundos (")**
Latitud:			
Longitud:			

Municipio de ejecución del contrato

ID	Dirección	Ubicación
1	CALLE 63 N 59A-06	COLOMBIA > Distrito Capital de Bogotá > Bogotá

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.