# 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.** | 06 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 30 | 01 | 2021 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| **1720 DE 21 DE AGOSTO DEL 2020** |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| **20208002011010 65E** |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | RIVAS GOMEZ ELIZABETH | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 123914882 | 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 | 26/08/2020 | 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) | 16/12/2020 AL 24/01/2021 UN (1) MES Y NUEVE (9) DIAS | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 04/02/2021 | Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay. |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | DEL 25 DE ENERO DEL 2021 AL 30 DE ENERO DEL 2021 | 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>Avance: Durante este periodo correspondiente del 25 de enero al 30 de enero del 2021, se ejecutaron las siguientes actividades de manera virtual como parte de la formación integral en capacitaciones de cualificación tipo pedagógico y social.<br><br>Evidencia: pantallazo de las reuniones con el componente pedagógico.<br><br>Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. 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>Avance: Durante este periodo correspondiente del 25 de enero al 30 de enero del 2021, se reporta las siguientes actividades conforme los planes pedagógicos. Las cuales se asistió y se ejecutó de la siguiente manera.<br><br>
<table>
<tr><th>REUNIÓN</th><th>FECHAS</th><th>JORNADA DE CUALIFICACIÓN PLANEADA.</th><th>ASISTENCIA DE JORNADA DE CUALIFICACIÓN</th></tr>
<tr><td>Jornada de cualificación pedagógica psicosocial.</td><td>25 al 29 enero del 2021</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021.</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021</td></tr>
</table>
<br>Evidencia: se evidencia por medio fotos o pantallazos de las reuniones ejecutadas.<br><br>Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. 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 se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la</td><td>Avance: Durante este periodo se ejecuta de manera virtual los ajustes a los planes y mallas curriculares correspondiente al centro de interés de lucha olímpica, de acuerdo a lo planteado por el equipo pedagógico del proyecto JEC. Según requerimiento para el centro de</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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>interés se lucha.<br><br>Evidencia: se evidencia por medio de las fotos, y de los cambios ejecutados en las mallas curriculares.<br><br>Ubicación: en el secop II ítem 7 en carpeta evidencias Enero obligación 3.<br><br>Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. 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>Avance: se hace la solicitud de usuario y contraseña al encargado del sistema de información misional el día 02 de septiembre.<br><br>Evidencia: pantallazo de solicitud de usuario y contraseña enviado al correo soportetiempoescolarc@gmail.com<br><br>Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. Obligación 4</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 5: Elaborar 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>. Avance: Durante este periodo de actividades, no se elaboraron sesiones de clase en el sistema de información misional, mas sin embargo se reporta las siguientes actividades conforme los planes pedagógicos. Las cuales se asistió y se ejecutó de la siguiente manera.
<table>
<tr><th>REUNIÓN</th><th>FECHAS</th><th>JORNADA DE CUALIFICACIÓN PLANEADA.</th><th>ASISTENCIA DE JORNADA DE CUALIFICACIÓN</th></tr>
<tr><td>Jornada de cualificación pedagógica psicosocial.</td><td>25 al 29 enero del 2021</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021.</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021</td></tr>
</table>
Evidencia: se evidencia por medio fotos o pantallazos de las reuniones ejecutadas.<br><br>Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. Obligación 5</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)**

<table>
<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 los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.</td>
<td>Avance: En este periodo de actividades, no se realiza la planeación, y ejecución de las sesiones de clase implementadas en el SIM, mas sin embargo se realiza corrección y mejoras de la malla curricular del centro de interés de lucha olímpica. cumpliendo con los parámetros y lineamientos establecidos por el proyecto JEC. La cual se realizan de la siguiente manera:
<table>
<tr><th>REUNIÓN</th><th>FECHAS</th><th>JORNADA DE CUALIFICACIÓN PLANEADA.</th><th>ASISTENCIA DE JORNADA DE CUALIFICACIÓN</th></tr>
<tr><td>Jornada de cualificación pedagógica psicosocial.</td><td>25 al 29 enero del 2021</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021.</td><td>25, 26, 27, 28, 29 de enero 2021</td></tr>
</table>
Evidencia: se evidencia por medio fotos o pantallazos de las reuniones ejecutadas.<br><br>
Ubicación: Reposa en el secop II de la formadora Elizabeth Rivas Gómez- ítem 7 en carpeta evidencias enero. Obligación 6.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Avance: En este periodo de actividades no se realiza ningún apoyo frente a la recopilación de antecedentes y condiciones médicas de los estudiantes correspondientes a la IED, dado que en este periodo no se han iniciado actividades con la IED.<br><br>
Evidencia: No se evidencia o se recopila ninguna información o certificación medica correspondientes a la IED.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Avance: dentro de este periodo de actividades, no se realizó, la recopilación de copias de EPS o carnet, dado que no se ha iniciado actividades con la IED<br>
Evidencia: por el momento no se cuenta con los documentos requeridos, dado que no se ha iniciado clase en la IED</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>Avance: Durante este periodo de actividades se asiste a las reuniones programadas a nivel técnico y administrativo por parte del proyecto JEC de la siguiente manera:</td>
</tr>
</table>

| | |
|---|---|
| SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual. | • **Fecha: 26/01**/2021 7:00am – 8:30am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente: Reunión formadores equipo social– Adriana Sánchez**<br><br>• **Fecha: 26/01**/2021: 8:30am -10:00am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente: componente pedagógico.**<br><br>• **Fecha: 26/01**/2021: 13:30pm- 14:30pm<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente: Reunión formadores lideres**<br><br>• **Fecha: 27/01**/2021: 8:00am – 09:30am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente:** Equipo pedagógico.<br><br>• **Fecha: 27/01**/2021: 13:30pm – 14:30pm<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente: Reunión formadores lideres**<br><br>• **Fecha: 28/01**/2021: 7:00am – 8:30am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente:** Equipo social<br><br>• **Fecha: 28/01**/2021: 8:30am – 09:45am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente:** Equipo pedagógico.<br><br>• **Fecha:28/01**/2021 – 10:00am – 11:00am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente: Reunión formadores lideres**<br><br>• **Fecha: 28/01**/2021: 11:30am – 12:30pm<br>**Componente:** pedagógico.<br>**Lugar:** plataforma meet.<br><br>• **Fecha: 29/01**/2021: 8:00am – 09:30am<br>**Lugar:** plataforma meet.<br>**Componente:** Equipo pedagógico.<br><br>**Evidencia:** actas de reunión plataforma virtuales y pantallazos, de las reuniones. |

## 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)**

| | |
|---|---|
| | **Ubicación:** Reposa en el secop II ítem 7 en carpeta evidencias enero obligación 9. |
| 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. | **Avance:** durante este periodo no se reporte ningún registro de estudiantes que cumplan con condiciones para el proyecto de semilleros por parte de la IED.<br>**Evidencia:** no existe evidencia, dado a que en este periodo es muy corto para detectar talento deportivo. |
| 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. | **Avance:** se sube a la plataforma secop II el certificado de primer respondiente el día 27 de septiembre del 2020. Con<br><br>**Evidencia:** se evidencia por medio de los documentos enviados al gestor documental Cesar Navas.<br><br>**Ubicación:** Plataforma SIM, Reposa en el secop II ítem 7 evidencia diciembre, obligación 11 |
| Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado. | **Avance:** Durante este periodo se cumplen con los lineamientos operativos y pedagógicos por el proyecto JEC. Tales como seguir de desarrollo y lineamientos del componente social y pedagógico del proyecto JEC en la corrección de la malla curricular.<br><br>**Evidencia**: evidencia de actas de reunión por plataforma virtuales y pantallazos.<br><br>**Ubicación:** Plataforma SIM, Reposa en el secop II ítem 7 evidencia diciembre, obligación 12 |
| 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. | **Avance:** Durante este periodo correspondiente no se participó de manera virtual, ni presencial en eventos distritales, nacionales o internacionales, mas sin embargo estoy atenta para la participación de cualquier evento. |
| 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 | **Avance:** En este periodo de actividades no se promovieron competencias básicas, dado a que en este periodo no se ejecuta actividades con la IED. más sin embargo al elaborar y desarrollar la malla curricular del centro de interés de lucha olímpica, se tuene encueta los conceptos y lineamientos dados |

## 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)**

| | |
|---|---|
| por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM. | por el programa, para promover los componente socioemocionales y ciudadanas a niñas, niños, jóvenes y adolescentes. |
| **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 | SALUD TOTAL | $ 57.800 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | PORVENIR | $ 74.000 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | $ 11.300 |
| | **TOTAL** | $ 143.100 |

**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.



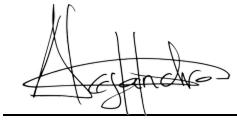
Firma Contratista
Elizabeth Rivas Gomez
C.C 1023914882

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

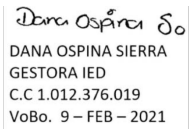
En el presente lapso la contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas. .

.

.



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. | **1720** | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | Nombre del Contratista | **RIVAS GOMEZ ELIZABETH** | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | Identificación | CC | **X** | CE | | | | **1023914882** | | | | | | | |
| **4** | Responsable de impuesto a las ventas | | | | | | | | SI | | | NO | **X** | **REGIMEN SIMPLE** | |
| **5** | Residente en el país (Extranjeros) | | | | | | | | | | | SI | | NO | **X** |
| **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 $ | **57,800.00** | | | | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | | | | **74,000.00** | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **11,300.00** | | | | | | 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.<br>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)<br>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 | | 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 (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.**



FIRMA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023914882 | Elizabeth Rivas Gomez | Diag. 69D Bis # 18J-24 Sur Barrio Vista Hermosa | 7904116 | elisa201322@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| 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 | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 11/12/2020 | 47311573 | $143.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 57.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 57.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 74.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 74.000 | 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 | 11.300 | | | | 11.300 | 0 | 0 | 11.300 | | | 113 | 11.300 | 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 | 57.800 | 57.800 |
| Pensión | 1 | 74.000 | 74.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.300 | 11.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 143.100 | 143.100 |

PAGADA

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023914882 | Elizabeth Rivas Gomez | Diag. 69D Bis # 18J-24 Sur Barrio Vista Hermosa | 7904116 | elisa201322@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| 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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 11/12/2020 | 47311573 | $143.100 | |

## 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 | Estornudo | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. 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 | 1023914882 | RIVAS GOMEZ ELIZABETH | 59 | 0 | | | N | | X | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 462.000 | 74.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 462.000 | 57.800 | 14-23 | 462.000 | 3 | 11.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ADRES

La salud es de todos Minsalud

# 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 | 1023914882 |
| NOMBRES | ELIZABETH |
| APELLIDOS | RIVAS GOMEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

Dana Ospina S.
DANA OSPINA SIERRA
GESTORA IED
C.C 1.012.376.019
VoBo. 9 – FEB – 2021

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | CAJA DE COMPENSACIËN FAMILIAR COMPENSAR -CM | SUBSIDIADO | 09/05/2014 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/28/2021 14:40:20 | Estación de origen: | 179.33.132.40 |
|---|---|---|---|

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

# 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

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

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

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

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad
8. Número de documento de identidad
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia
Zona Urbana [ ] Rural [ ]

## 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
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

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

| | 24. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo: Femenino | Masculino | 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 | Rural | Departamento | Teléfono fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC 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)

## 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

Tipo de Novedad
- Modificación datos básicos de identificación [ ]
- Corrección datos básicos de identificación [ ]
- Actualización documento de identidad [ ]
- Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
- Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
- 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 [ ]

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad [ ] | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) | 42. Fecha (D D M M A A A A)
EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
- Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
- Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
- Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
- 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

25 ENE 2021

## 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 que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de [illegible] [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potes[illegible] certificado de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sob[illegible] [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superint[illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para r[illegible] colectivas [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio [ ]

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)
69. Fecha de validación (D D M M A A A A)
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte enero Pago Feb. 18/110 x Caja.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned by TapScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

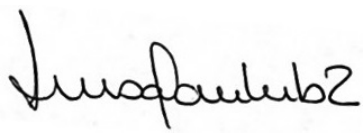
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora ELIZABETH RIVAS GOMEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.914.882, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 25/01/2021 y fecha fin de contrato 25/02/2021 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): 202101011413021.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Enero de 2021.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Aumentar el contraste

UTC -5 14:31:19
ELIZABETH RIVAS

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda

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

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

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 20,00 Fecha de vigencia (desde) 20/08/2020 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Fecha de vigencia (hasta) 4/08/2021 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Responsabilidad civil extra contractual** Sí No

**Fecha límite para entrega de garantías:** 20/08/2020 12:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) Fecha de entrega de garantías: 21/08/2020 10:28:09 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Garantías del proveedor:**

| Advertencia | Id de la garantía | Justificación | Tipo de garantía | Valor | Emisor | Fecha fin | Estado | Deta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CO1.WRT.5307741 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Contrato de seguro | 1.848.000,00 COP | Seguros del estado | 30/08/2021 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | Pendiente de modificación | Deta |
| | CO1.WRT.5307740 | Cumplimiento - Cumplimiento del contrato | Sin documento | 0,00 COP | | | Borrador | Deta |

Borrar | 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 SENSIBLES.zip | 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 (°) | Minutos (') | Segundos (") |
|---|---|---|---|
| **Latitud:** | | | |
| **Longitud:** | | | |

## Municipio de ejecución del contrato

| ID | Dirección | Ubicación |
|---|---|---|
| 1 | Calle 63 # 59a - 06 | COLOMBIA > Distrito Capital de Bogotá > Bogotá |

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >



Scanned by TapScanner

| | |
|---|---|
| **Identificador Único de la Modificación** | CO1.CTRMOD.5491752 |
| **ID del contrato en SECOP** | CO1.SLCNTR.5532728 |
| **Estado** | Publicado |
| **Tipo** | Modificar el contrato |
| **¿Requiere reconocimiento del proveedor?** | ☐ |
| **Estado de la fecha** | 1 día de tiempo transcurrido *(26/01/2021 10:09:16 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| **Justificación de la modificación** | SE AJUSTAN LAS FECHAS DE INICIO Y DE TERMINACION DE EJECUCION CONTRACTUAL, DERIVADAS DEL MEMORANDO CON RADICADO NO. 20205100423013 DE FECHA 3 DE DICIEMBRE DE 2020, EL CUAL SE ADJUNTA A LA PRESENTE MODIFICACION |

## Detalles de la modificación

### Cambios de la Entidad Estatal

El contrato fue cambiado para En ejecución.

- El campo de la modificación Fecha fin del contrato fue cambiado desde 25/12/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* hasta 7 días para terminar *(4/02/2021 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
- El campo de la modificación Tiempo adiciones en días fue cambiado desde 0 hasta 41
- El campo de la modificación Cumplimiento del contrato - Fecha de vigencia (hasta) fue cambiado desde 19/06/2021 11:59:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* hasta 4/08/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

*Scanned by TapScanner*

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

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 8934 1720.pdf | 1. CRP 8934 1720.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | 2. ARL 1720.pdf | 2. ARL 1720.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| | primer respondiente.pdf | primer respondiente.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIAS INFORME N°2 SEPTIEMBRE CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | EVIDENCIAS INFORME N°2 SEPTIEMBRE CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME N°1 - AGOSTO- CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | INFORME N°1 - AGOSTO- CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME N°2 - SEPTIEMBRE - CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | INFORME N°2 - SEPTIEMBRE - CPS 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIA - INFORME N°3 - OCTUBRE - CPS 1720 DEL 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.rar | EVIDENCIA - INFORME N°3 - OCTUBRE - CPS 1720 DEL 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME N°3 - CPS -1720 DEL 2020 - RIVAS GÓMEZ ELIZABETH.pdf | INFORME N°3 - CPS -1720 DEL 2020 - RIVAS GÓMEZ ELIZABETH.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIA - INFORME N°4 - NOVIEMBRE - CPS 1720 DEL 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | EVIDENCIA - INFORME N°4 - NOVIEMBRE - CPS 1720 DEL 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME No 4. NOVIEMBRE - CPS- 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | INFORME No 4. NOVIEMBRE - CPS- 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | RIVAS GOMEZ ELIZABETH - DICIEMBRE.pdf (Archivado) | RIVAS GOMEZ ELIZABETH - DICIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | INFORME No 5. DICIEMBRE - CPS- 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | INFORME No 5. DICIEMBRE - CPS- 1720 - 2020 - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIA - INFORME N° 5 - DICIEMBRE - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | EVIDENCIA - INFORME N° 5 - DICIEMBRE - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIA - INFORME N° 6- ENERO - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | EVIDENCIA - INFORME N° 6- ENERO - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | EVIDENCIA - INFORME #° 7 - FEBRERO - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.rar | EVIDENCIA - INFORME #° 7 - FEBRERO - CPS 1720 DEL 2020. - RIVAS GOMEZ ELIZABETH.rar | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DANA OSPINA SIERRA
GESTORA IED
C.C 1.012.376.019
VoBo. 9 – FEB – 2021



Scanned by TapScanner