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.	6		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	09	02	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1718 DE 2020 DEL 20/08/2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208002011101106E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Zayra Alejandra Riaño Barrera	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1026569202	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 M/cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	01/09/2020	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 de diciembre de 2020 al 24 de enero del 2021 (39 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	09/02/2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 1 DE FEBRERO AL 09 DE FEBRERO 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: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, basado en los programas pedagógicos.</td><td><u>Actividades:</u> Durante este periodo de actividades se realizaron las siguientes reuniones operativas, pedagógicas y sociales relacionadas con la ejecución del proyecto de inversión 7854, estrategia de jornada escolar complementaria.
<table>
<tr><th colspan="3">REUNIONES NOVIEMBRE</th></tr>
<tr><th>DIA</th><th>TEMA DESARROLLADO</th><th>LUGAR</th></tr>
<tr><td>05/02/ 2021</td><td>Información de aspectos generales operativos del proyecto de inversión 7854, estrategia (JEC). Orientaciones relacionadas con la elaboración de mallas curriculares del centro de interés de baloncesto.</td><td>VIRTUAL</td></tr>
<tr><td>04/02/ 2021</td><td>Reunión informativa y retroalimentación de aspectos Pedagógicos para la elaboración de la malla curricular del centro de interés de baloncesto.</td><td>VIRTUAL</td></tr>
</table>
<u>Ubicación</u>: Carpeta de EVIDENCIAS – FEBRERO 2021, Subcarpeta 1, cargada en el SECOP 2, Ítem 7.-</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone (2) horas de ejecución presencial o virtual (se acredita con la asistencia en el SIM), conforme con los parámetros establecidos por el proyecto.</td><td><u>Actividad:</u> Durante este periodo de actividades aún no se realiza convocatoria a los estudiantes para el centro de interés de Baloncesto.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Solicitar al encargado del sistema de información el usuario y contraseña para el ingreso al SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td><td><u>Actividad:</u>Se realizó la respectiva solicitud del usuario y contraseña se la plataforma de Sistema de Información Misional (SIM) al correo soportetiempoescolarc@gmail.com

<u>Evidencia</u>: Imagen tomada de dicho comunicado vía correo electrónico.</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)

Obligación No. 4: Apoyar y/o realizar la inscripción y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto; en caso de brindar atención a través de las TIC, se deberá llevar control de los enlaces, videos y demás material de apoyo entregado.	**Actividad:** Durante este periodo de actividades aún no se realiza la convocatoria de los estudiantes para que se inscriban al centro de interés de Baloncesto, teniendo en cuenta que el cronograma de actividades de este contrato esta para finalizar.
Obligación No. 5: Elaborar las sesiones de clase basados en los programas pedagógicos conforme con los parámetros establecidos por el proyecto.	**Actividad:** Para este periodo de actividades se elaboraron los programas y mallas curriculares relacionaos con el centro de interés de baloncesto, basadas en los programas pedagógicos que orienta proyecto de inversión 7854, estrategia Jornada Escolar Complementario. (JEC) con el fin de seguir los parámetros establecidos. A continuación, se relacionan los siguientes productos entregados: -12 sesiones de clase -4 guías pedagógicas -Mallas curriculares correspondientes a los ciclos, 1, 3 y 4. **Ubicación:** Carpeta de EVIDENCIAS – FEBRERO 2021, Subcarpeta 5, cargada en el SECOP 2, Ítem 7.-
Obligación No. 6: Verificar la información suministrada por el profesional de gestión IED, de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), con su respectivo carné de eps y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	**Actividad:** En este inicio de actividades aún no se realiza la solicitud de información a la IED para la verificación de antecedentes y/o condiciones médicas de los escolares pertenecientes al programa de Jornada Escolar Complementaria.
Obligación No. 7: Informar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, siguiendo los procedimientos establecidos por el proyecto.	**Actividad:** Se informará de forma oportuna siguiendo los procedimientos establecidos por el proyecto. **Evidencia:** Para el periodo del presente informe no se han presentado novedades que deba ser informadas al gestor IED Jamith Ayala Pinzón **Ubicación**: No se presenta ninguna problemática por parte de los niños asistentes virtuales al centro de interés tanto de los grupos de la mañana como de la tarde.

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. 8: 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.	**Actividad:** Se realiza entrega del certificado de primer respondiente vigente para la firma del acta de inicio; para este periodo de actividades **Evidencia:** El certificado de primer Respondiente se encuentra actualizado expedido por institución autorizada. **Ubicación:** Carpeta de EVIDENCIAS – FEBRERO 2021, Subcarpeta 8, cargada en el SECOP 2, Ítem 7.-
Obligación No. 9: Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio; así mismo, maximizar el cuidado correspondiente con la información que se comparta a través de las TIC.	**Actividad:** En el desarrollo del objeto contractual para el presente periodo aún no se inician sesiones, sin embargo en el momento que sea requerido se tomaran todas acciones para brindar las garantías necesarias y dar cumplimiento a las normas de la Ley 1098 y el Manual de Convivencia de la IED en cuanto a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, posibilitando el desarrollo en un ambiente sano, en el que prevalece el reconocimiento de la igualdad y la dignidad humana sin discriminación alguna.
Obligación No. 10: Cumplir con los lineamientos determinados operativa, pedagógica y psicosocialmente en el centro de interés asignado y las recomendaciones de uso de la implementación deportiva según los parámetros establecidos por el proyecto.	**Actividad:** Durante este periodo de actividades se cumple con los parámetros dados operativamente y pedagógicamente durante las jornadas de cualificación.
Obligación No. 11: Participar 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.	**Actividad:** Me encuentro en total disposición para participar de manera activa en los diferentes escenarios y/o encuentros locales, distritales, nacionales o internacionales en los que se solicite mi participación. En este periodo de actividades no se solicitó el apoyo para participar en los eventos programados por parte del IDRD.
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	$113.600
PAGO APORTES PENSIÓN	Protección	$145.400
PAGO RIESGOS LABORALES	Positiva	$22.200
	TOTAL	$281.200

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

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

Alejandra Ramo B

Firma Contratista
CC 1026569202

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

Durante el presente periodo de actividades, la contratista cumplió con sus obligaciones contractuales

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GOZALEZ CARDENAS
CC:79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

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.	**1718 DE 2020**												
2	Nombre del Contratista	**ZAYRA ALEJANDRA RIAÑO BARRERA**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1026569202**						
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 $	**113.600,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**145.400,00**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.200,00**						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		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.

Alejandra Riaño B

_____

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **9** MM **2** 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	1026569202	ZAYRA ALEJANDRA RIAÑO BARRERA	Cra 6 # 6D 50 Int. 3 Apto. 401	4777906	alejajariano@gmail.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	
2021-01	2021-01	I	15/02/2021	48638848	$281.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	1026569202	ZAYRA ALEJANDRA RIAÑO BARRERA	Cra 6 # 6D 50 Int. 3 Apto. 401	4777906	alejajariano@gmail.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	
2021-01	2021-01	I	15/02/2021	48638848	$281.200	

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	Estornado	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	1026569202	RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA	59	0			N																	230201	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS017	908.526	113.600	14-23	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

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	1026569202	ZAYRA ALEJANDRA RIAÑO BARRERA	Cra 6 # 6D 50 Int. 3 Apto. 401	4777906	alejajariano@gmail.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	
2021-02	2021-02	I	23/02/2021	48786583	$93.800	

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	37.900	0		0		0	0	0	0	37.900	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	48.500	0	0	0	0	0	0		48.500	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	7.400				7.400	0	0	7.400			74	7.400	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	37.900	37.900
Pensión	1	48.500	48.500
Riesgos Laborales	1	7.400	7.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	93.800	93.800

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	1026569202	ZAYRA ALEJANDRA RIAÑO BARRERA		Cra 6 # 6D 50 Int. 3 Apto. 401	4777906	alejajariano@gmail.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	
2021-02	2021-02	I	23/02/2021	48786583	$93.800	

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	Estornado	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	1026569202	RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA	59	0			N		X															230201	302.842	48.500	0	0	0	0	EPS017	302.842	37.900	14-23	302.842	3	7.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	1026569202
NOMBRES	ZAYRA ALEJANDRA
APELLIDOS	RIAÑO BARRERA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/08/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/20/2021 16:09:44	Estación de origen:	192.168.70.220

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

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
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 8804 1718.pdf	1. CRP 8804 1718.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2. ARL 1718.pdf	2. ARL 1718.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Certificación Bancaria .pdf	Certificación Bancaria .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA INFORME SEPTIEMBRE.zip	EVIDENCIA INFORME SEPTIEMBRE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
INFORME SEPTIEMBRE CTO 1718 RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA.pdf (Archivado)	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1718 RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA # 2 - MES OCTUBRE.zip	EVIDENCIA # 2 - MES OCTUBRE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
INFORME SEPTIEMBRE CTO 1718-RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA.pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO 1718-RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
INFORME N°2- OCTUBRE 2020 .pdf	INFORME N°2- OCTUBRE 2020 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA #3 MES NOVIEMBRE.zip	EVIDENCIA #3 MES NOVIEMBRE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
INFORME N°3 NOVIEMBRE 2020.pdf	INFORME N°3 NOVIEMBRE 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA # 4 DICIEMBRE 2020.zip (Archivado)	EVIDENCIA # 4 DICIEMBRE 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
--EVIDENCIA # 4 DICIEMBRE 2020.zip	--EVIDENCIA # 4 DICIEMBRE 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA - DICIEMBRE 2020.pdf	RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA - DICIEMBRE 2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ARL Certificación.pdf	ARL Certificación.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA #5 INFORME ENERO DE 2021.zip	EVIDENCIA #5 INFORME ENERO DE 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA - ENERO 2021.pdf	RIAÑO BARRERA ZAYRA ALEJANDRA - ENERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA INFORME #6 FEBRERO DE 2021.zip (Archivado)	EVIDENCIA INFORME #6 FEBRERO DE 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
EVIDENCIA INFORME #6 FEBRERO.zip	EVIDENCIA INFORME #6 FEBRERO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
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

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) 9/08/2021 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: 30 días de tiempo transcurrido *(25/01/2021 6:57:14 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Detal
	CO1.WRT.6215767	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.848.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	6/08/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Detall
	CO1.WRT.5302039	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.848.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO S.A.	21/06/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	En modificación	Detall

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

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED