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.							**2508-2020**						
2	Nombre del Contratista	**SHERLEY STEFANNIA MONTAÑA MUÑOZ**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1023009986**						
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 $	**115.500,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**147.900,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**22.600,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual													
	AFC $							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.

Stefannia M

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **26** MM **3** AA **2021**

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-17, 08:07:20 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036578506

Periodo Cotización 202102 **Periodo Servicio** 202102

PAGADA 2021-03-17 08:04:21.2

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHERLEY STEFANNIA MONTANA MUNOZ				
Documento	CC 1023009986	**Dirección**	CR 14M #91 A - 14 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3183073677		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023009986		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MONTAÑA MUÑOZ SHERLEY STEFANNIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30				$ 924.000	230301		16 %	$ 924.000	$ 147.900	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 924.000	$ 115.500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 924.000	$ 22.600	CCF22	0,6 %	$ 924.000	$ 5.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 147.900	$ 0	$ 0	$ 115.500	$ 22.600	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-03-17, 08:05:44 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036578505

Periodo Cotización 202103 **Periodo Servicio** 202103

PAGADA 2021-03-17 08:03:43.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SHERLEY STEFANNIA MONTANA MUNOZ				
Documento	CC 1023009986	**Dirección**	CR 14M #91 A - 14 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3183073677		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023009986		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MONTAÑA MUÑOZ SHERLEY STEFANNIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 924.000	230301		16 %	$ 924.000	$ 147.900	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 924.000	$ 115.500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 924.000	$ 22.600	CCF22	0,6 %	$ 924.000	$ 5.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 147.900	$ 0	$ 0	$ 115.500	$ 22.600	$ 5.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 291.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:12:11
Sherley stefannia...
Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contrat
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 Con...
9 Incumplimientos
Versión prev
Ver
Ver
Ver

Información general

Identificador Único de la Modificación	CO1.CTRMOD.5681102
ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.5870008
Estado	Publicado
Tipo	Modificar el contrato
¿Requiere reconocimiento del proveedor?	☑
Estado de la fecha	11 días de tiempo transcurrido *(5/03/2021 2:27:36 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Justificación de la modificación	Se realiza adición y prorroga al contrato IDRD-CTO-2508-2020 solicitada la STRD mediante memorando Radicado IDRD No. 20215100070913

Documentos de la modificación

Documento	Nombre del documento	Detalle
2508-2020 ADICION Y PRORROGA 1.zip	2508-2020 ADICION Y PRORROGA 1.zip	(detalle)

Detalles de la modificación

Cambios de la Entidad Estatal

El contrato fue cambiado para En ejecución.

- Campo 2 - - fue agregado.
- Campo 2 - - Ref. Artículo valor ha cambiado para 2.

© 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.

Descargar documento | Editar | Cerrar

DETALLE DEL DOCUMENTO

Identificación del documento

ID del documento CB280A8900FA1DCB8C091B33C3C18658E892D25DF9B4FF392128DCA954AE4E29

Ubicación Archivo

Información del documento

Descripción 2508-2020 ADICION Y PRORROGA 1.zip

Nombre 2508-2020 ADICION Y PRORROGA 1.zip

Tamaño 1056821

Estado No encriptado

Creado por KARINA DIAZ ORTIZ

Fecha de creación 12 días de tiempo transcurrido *(4/03/2021 10:20:13 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Documento usado en

Tipo	Descripción
Entidad	Sherley stefannia montaña muñoz

Volver

Descargar documento | Editar | Cerrar

seguros mundial

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

ANEXO DE MODIFICACION DE POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BCH-100011482	No. ANEXO	3	No. CERTIFICADO	97040234	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	11/03/2021	SUC. EXPEDIDORA	CEN BOGOTA - CHICO

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	10/11/2020	24:00 Horas Del	26/10/2021		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	MONTAÑA MUÑOZ, SHERLEY STEFANNIA	No. DOC. IDENTIDAD	1023009986
DIRECCIÓN	CRA 14 # 91 A 14 SUR	TELÉFONO	3183073677
ASEGURADO	INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD	No. DOC. IDENTIDAD	8600610991
DIRECCIÓN	CALLE 63 59 A - 06	TELÉFONO	6605400
BENEFICIARIO	INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD	No. DOC. IDENTIDAD	8600610991
DIRECCIÓN	CALLE 63 59 A - 06	TELÉFONO	6605400

OBJETO DE CONTRATO

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO, EN VIRTUD DE LA ADICION Y PRORROGA DEL 24 DE FEBRERO DE 2021, SE AMPLIAN LAS VIGENCIAS DE LA GARANTIAS EN 16 DÍAS Y SE AUMENTA EL VALOR DEL CONTRATO EN $ 1.232.000 PESOS.

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.IDRD-CTO-2508-2020 , CUYO OBJETO ES
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERES.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 25/01/2021	24:00: Horas Del 26/10/2021	1.155.000	8.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 1.155.000	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
RESTREPO MOLINA CLAU	AGENTES	100,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO				
COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

PRIMA BRUTA	$	8.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	8.000
GASTOS EXP.	$	0
IVA	$	1.520
TOTAL A PAGAR	$	9.520

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 22/08/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

Stefannia M
TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

seguros mundial®
tu compañía siempre
NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

Afiliados
CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA
PASA APF
Asociación Panamericana de Fianzas
Panamerican Surety Association

LA COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

CERTIFICA:

Que la garantía de Cumplimiento contenida en la póliza **BCH-100011482** y endoso, **3** cuyo afianzado es: **MONTAÑA MUÑOZ, SHERLEY STEFANNIA** Asegurado o Beneficiario: **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD** / **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE - IDRD** , expedida por la Compañía en **11/03/2021,** no expirará por falta de pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella o por revocación unilateral por parte del Tomador o de la Compañía.

Se firma en **CEN BOGOTA - CHICO** a los **11** días del mes **MARZO** del año **2021**.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

POSITIVA

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

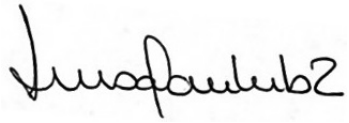
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que SHERLEY STEFANNIA MONTAÑA MUÑOZ, con Cédula Ciudadanía No. 1023009986 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 23/01/2021, para el contrato registrado con fecha desde 25/01/2021 y fecha hasta 31/03/2021, 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): 202101013134539.

Dada en Bogotá, a los 8 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE

N.I.T. 8600610991

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

AREA DE PRESUPUESTO

CERTIFICADO DE REGISTRO PRESUPUESTAL No. 11752

Que en cumplimiento a lo establecido en el numeral 13 del articulo 25 de la ley 80 de 1.993, se ha constituido el registro presupuestal con cargo a la apropiacion del Articulo.

	CÓDIGO PRESUPUESTAL	FUENTE	COMPONENTE	VALOR
3311601207854	Formación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en las disciplinas deportivas priorizadas, en el marco de la jornada escolar complementaria en Bogotá	11030201	5103040075	5,775,000.00

A favor de: SHERLEY STEFANNIA MONTAÑA MUÑOZ

CEDULA DE CIUDADANIA : 1,023,009,986

POR UN VALOR DE $ 5,775,000.00

SEGUN : CONT.PRES.SERV.APOYO A LA GESTION - 2508

DISPONIBILIDAD : 3633

CON EL OBJETO:
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO DE ENSENANZA DEL CENTRO DE INTERES

MODALIDAD DE SELECCIÓN: 10 CONTRATACION DIRECTA

DADO EN BOGOTA A LOS 10 DIAS DEL MES DE Noviembre DE 2020,, SOLICITADO DEL DOCTOR (A): MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ

GILBERTO AUGUSTO ALMANZA HERNANDEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 10

SEVEN - Presupuesto de Gobierno - Digital Ware Ltda.

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	1023009986
NOMBRES	SHERLEY STEFANNIA
APELLIDOS	MONTAÑA MUÑOZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Stefannia M

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO POR EMERGENCIA	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/17/2021 09:13:44	Estación de origen:	192.168.70.1

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