INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	5		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	26	03	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2558 del 10 de noviembre 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208002011016 35E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LUNA PARRA JONATHAN URIEL	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	80.732.314	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios técnicos para realizar la orientación pedagógica y la enseñanza del deporte de su especialidad en los centros de interés asignado.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Setenta y cinco (75) días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	($5.775.000,00) cinco millones setecientos setenta y cinco mil pesos M/CTE	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	12 de noviembre de 2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	Veintiuno (21) días. Un millón seiscientos diecisiete mil pesos m/cte. ($1.617.000). Del 6 de marzo al 26 de marzo 2021.	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	16 diciembre 2020 al 24 de enero 2021 (39 días)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	26 de marzo de 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 01 de marzo al 26 de marzo de 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Apoyar de manera presencial y/o virtual la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	**AVANCE:** Me encuentro en total disposición para atender y formar integralmente a cada uno de los estudiantes que me sean asignados basándome en las competencias registradas en el plan de clases para cada sesión según plan pedagógico y malla curricular 2021 en la disciplina de tenis de campo. **EVIDENCIA:** Malla curricular tenis de campo 2021. **UBICACIÓN**: Drive “evidencias” gestora IED, carpeta 1 mes marzo. OBLIGACIÓN 1 MARZO
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.	**AVANCE:** Mi plataforma SIM se encuentra totalmente actualizada en la asignación de grupos y estudiantes del colegio Villas del Progreso grados séptimos jornada tarde. **EVIDENCIA:** Pantallazo plataforma sistema misional SIM **UBICACIÓN**: Drive “evidencias” gestora IED, carpeta 2 mes marzo. **OBLIGACIÓN 2 MARZO**
Obligación No. 3: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	**AVANCE:** A la fecha se ejecutaron las siguientes clases. Grupo 1: marzo 03. 05. 10, 12, 17, 19 y 24. Grupo 2: marzo 02, 03. 09. 10, 16, 17, 23 y 24. Grupo 3: marzo 02. 05. 09, 12, 16, 19 y 23. **EVIDENCIA:** Sesión de clase grupo 1,2 y 3. **UBICACIÓN**: Drive evidencias, carpeta 3 mes marzo. OBLIGACION 3 MARZO

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: 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.	**AVANCE:** Para este periodo cuento con mi contraseña SIM y se encuentra activa a la fecha **EVIDENCIA:** Formato solicitud usuario y contraseña SIM **UBICACIÓN**: Drive evidencias, carpeta 4 mes marzo.
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	**AVANCE:** De acuerdo con la malla curricular de tenis de campo 2021 se elaboran las sesiones de clases para en centro de interés de tenis de campo del colegio Villas del Progreso de la siguiente forma: Grupo 1: marzo 03. 05. 10, 12, 17, 19 y 24. Grupo 2: marzo 02, 03. 09. 10, 16, 17, 23 y 24. Grupo 3: marzo 02. 05. 09, 12, 16, 19 y 23. **EVIDENCIA:** Sesiones de clases grupo 1, 2 y 3. **UBICACIÓN**: Drive evidencias, carpeta 5 mes marzo. OBLIGACION 5 MARZO
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.	**AVANCE:** Para este periodo planeé y publiqué a través de mi sistema información misional las sesiones de clases correspondientes al mes de marzo. **EVIDENCIA:** Sesiones de clases grupo 1, 2 y 3. **UBICACIÓN**: Drive evidencias IED, carpeta 6 mes marzo. OBLIGACION 6 MARZO
Obligación No. 7: Apoyar la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	**AVANCE:** Recibí un reporte por parte de la profesional de inclusión Janeth Ausique del colegio acerca de los estudiantes de séptimo que se encuentran con algún tipo de discapacidad motora o cognitiva. Después de caracterizar a cada uno de los estudiantes se llega a un acuerdo de atenderlos a través de la plataforma Teams. **EVIDENCIA:** Acta estudiantes de inclusión. **UBICACIÓN**: Drive evidencias IED, carpeta 7 mes marzo. OBLIGACION 7 MARZO
Obligación No. 8: Recopilar las copias de los carnés de	**AVANCE:** De acuerdo con los procesos de la educación virtual se realiza una charla informativa a estudiantes y padres de familia para que en cada sesión de clase tengan cerca el documento de salud.

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)

EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**EVIDENCIA:** Presentación PowerPoint manejo de incidentes. **UBICACIÓN**: Drive evidencias IED, carpeta 8 mes marzo. OBLIGACION 8 MARZO
Obligación No. 9: Apoyar las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**AVANCE:** Participe en las siguientes reuniones operativas pedagógicas y sociales a través de la plataforma de comunicación teams: 1. 03/03/2021 hora: 3:00 pm a 5:00 pm, reunión operativa 2. 18/02/2021 hora: 10:00 am a 11:00 am, reunión operativa. **EVIDENCIA:** Cuadro evidencias de reuniones mes de marzo y acta de reuniones. **UBICACIÓN:** Drive “evidencias” gestora IED, carpeta 9 mes marzo. **OBLIGACION 9 MARZO**
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**: Me encuentro atento a identificar y postular estudiantes una vez se retomen las clases. Esta selección se hará teniendo en cuenta los siguientes parámetros: 1. AGRADO: Expresa alegría durante el desarrollo de las actividades 2. COMPETENCIA: Demuestra interés ante diferentes situaciones que implique competir contra sí mismo o contra otros. 3. TECNICA: Muestra fluidez en la ejecución de los gestos técnicos propios del juego. **EVIDENCIA:** A la fecha no se ha detectado futuros talentos. **UBICACIÓN:** No registro ubicación
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 entregó de manera virtual el certificado actualizado del curso de primer respondiente a la Gestora IED Yaneth Marcela Silva. **EVIDENCIA: C**ertificado de primer respondiente. **UBICACIÓN:** Drive evidencia carpeta 11 de marzo. OBLIGACION 11 MARZO
Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y	**AVANCE:** Para este periodo se desarrolló ajustes del IV periodo en la malla curricular de tenis de campo liderados por el formador Rubén Diaz, también elabore las guías número 4 para el colegio Villas del

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)

pedagógicamente en el centro de interés asignado.	Progreso ciclo 3. Se tuvieron en cuenta cada uno de los lineamientos del componente pedagógicos y social desarrollados en las sesiones de cualificación. **EVIDENCIA:** Formato guías IV de tenis de campo y Malla curricular tenis de campo 2021. **UBICACIÓN:** Drive "evidencias" gestora IED, carpeta 12 mes de marzo. OBLIGACION 12 MARZO
Obligación No. 13: 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.	**AVANCE:** Para este periodo no se desarrollaron ningún tipo de evento locales ni distritales. **EVIDENCIA:** No se cuenta con evidencia. **UBICACIÓN:** No hay ubicación ya que no existe evidencia para esta obligación.
Obligación No. 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**AVANCE:** Se tuvo en cuenta el componente social y las directrices propuestas en las sesiones de cualificación a la hora de planear la malla curricular de tenis de campo. **EVIDENCIA:** Malla curricular tenis de campo 2021. **UBICACIÓN:** Drive gestora IED, carpeta **14** mes de marzo. OBLIGACION 14 MARZO
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

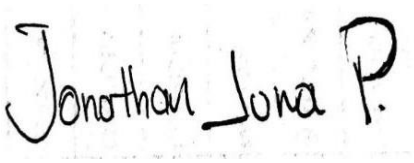
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	115.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	147.600
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	26.600
	TOTAL	289.700

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

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

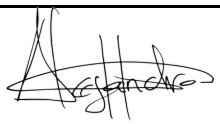


Firma Contratista

JONTHAN URIEL LUNA PARRA
CC. 80732314

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

El contratista cumple con todas las obligaciones asignadas para este periodo



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



Marcela Silva F
CC 1032405952
Gestora 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.	**IDRD-CTO 2558-2020**												
2	Nombre del Contratista	**JONATHAN URIEL LUNA PARRA**												
3	Identificación	CC	**x**	CE				**80732314**						
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.

Jonathan Luna P.

FIRMA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80732314	JONATHAN URIEL LUNA PARRA		calle 43 # 66a 30 torre 2 apto 402	7127585	JONLU_13@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	17/03/2021	49344004	$286.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	115.500	0		0		0	0	0	0	115.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	147.900	0	0	0	0	0	0		147.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.600				22.600	0	0	22.600			226	22.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	115.500	115.500
Pensión	1	147.900	147.900
Riesgos Laborales	1	22.600	22.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	286.000	286.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80732314	JONATHAN URIEL LUNA PARRA		calle 43 # 66a 30 torre 2 apto 402	7127585	JONLU_13@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-02	2021-02	I	17/03/2021	49344004	$286.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	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	80732314	LUNA PARRA JONATHAN URIEL	59	0			N																	230301	924.000	147.900	0	0	0	0	EPS008	924.000	115.500	14-23	924.000	3	22.600		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	80732314	JONATHAN URIEL LUNA PARRA	calle 43 # 66a 30 torre 2 apto 402	7127585	JONLU_13@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	
2021-03	2021-03	I	17/03/2021	49344357	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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	80732314	JONATHAN URIEL LUNA PARRA	calle 43 # 66a 30 torre 2 apto 402	7127585	JONLU_13@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	
2021-03	2021-03	I	17/03/2021	49344357	$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	Cotiz. exterior	Exonerado	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	80732314	LUNA PARRA JONATHAN URIEL	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-23	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	**IBAGUE**	**25**	**25-46-101010724**	**2**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**03**	**2021**	**11**	**11**	**2020**	**00:00**	**07**	**10**	**2021**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
LUNA PARRA, JONATHAN URIEL	**CC: 80.732.314**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 34 A SUR NRO. 89 - 40 I.5	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	4029733

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. IDRD-CTO-2558-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DEINTERÉS.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL	SUMA ASEG/ANTERIOR
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**11/11/2020**	**07/10/2021**	**$1,478,400.00**	**$1,155,000.00**

ACLARACIONES

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO Y SE CORREN VIGENCIAS SEGUN ADICION Y PRORROGA AL CONTRATO

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ *******8,000.00	$ *******8,000.00	$ *******3,040.00	$ **********19,040.00	$ ********1,478,400.00	CONTADO

INTERMEDIARIO

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

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO

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

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

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

Jonathan Luna P.

25-46-101010724

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	**IBAGUE**	**25**	**25-46-101010724**	**2**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	**03**	**2021**	**11**	**11**	**2020**	**00:00**	**07**	**10**	**2021**	**23:59**	**ANEXO DE PRORROGA**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
LUNA PARRA, JONATHAN URIEL	**CC: 80.732.314**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CL 34 A SUR NRO. 89 - 40 I.5	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	4029733

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

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

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

pse

VISA · MasterCard · Diners Club International · American Express

CORRESPONSALES BANCARIOS

Baloto 959595/4361 · La 14 · Super INTER · SURTIMAX · Movii Red. · Bancolombia Corresponsal Bancario · Carulla · éxito · Gana Gana · copidrogas

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

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

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

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL
$ *******8,000.00	$ *******8,000.00	$ *******3,040.00	$ **********19,040.00	$ ********1,478,400.00

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

PLAN DE PAGO CONTADO

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

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

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

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

(415)7709998021167(8020)11005608814263(3900)000000019040(96)20211111

REFERENCIA PAGO:

1100560881426-3

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
IBAGUE	IBAGUE	25	25-46-101010724	2

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
05	03	2021	11	11	2020	00:00	07	10	2021	23:59	ANEXO DE PRORROGA

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	LUNA PARRA, JONATHAN URIEL		CC: 80.732.314
DIRECCIÓN: CL 34 A SUR NRO. 89 - 40 I.5	**CIUDAD:** BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	**TELÉFONO:**	4029733

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

ADICIONAL:

TEXTO ACLARATORIO

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

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

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

25-46-101010724

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Jonathan Luna P.

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



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) 6/11/2020 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Fecha de vigencia (hasta) 26/09/2021 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Responsabilidad civil extra contractual ○ Sí ◉ No

Fecha límite para entrega de garantías: 5/11/2020 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* Fecha de entrega de garantías: 11 días de tiempo transcurrido *(5/03/2021 5:13:38 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Garantías del proveedor:

Advertencia	Id de la garantía	Justificación	Tipo de garantía	Valor	Emisor	Fecha fin	Estado	Det
☐	CO1.WRT.6546268		Sin documento	0,00 COP			Borrador	Deta

	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato							
CO1.WRT.6524809	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.478.400,00 COP	SEGUROS DE ESTADO	7/10/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Deta
CO1.WRT.5962326	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.155.000,00 COP	SEGUROS DE ESTADO	15/09/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	Deta
CO1.WRT.5747941	Cumplimiento - Cumplimiento del contrato	Contrato de seguro	1.155.000,00 COP	SEGUROS DEL ESTADO	30/07/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptada	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
☐	HOJA DE VIDA	Descargar	Detalle

Dirección de notificaciones

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

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

Municipio de ejecución del contrato

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

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

POSITIVA

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

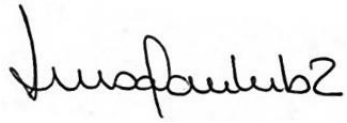
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JONATHAN URIEL LUNA PARRA, con Cédula Ciudadanía No. 80732314 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 12/11/2020, para el contrato registrado con fecha desde 13/03/2021 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): 202101013109851.

Dada en Bogotá, a los 5 días del mes de marzo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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	80732314
NOMBRES	JONATHAN URIEL
APELLIDOS	LUNA PARRA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Marcela Silva F
CC
1032405952

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/10/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 03/17/2021 16:37:52 | **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

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 16:22:08
JONATHAN LUNA



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

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. CRP 11351 2558.pdf	1. CRP 11851 2558.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2558.pdf	2. ARL 2558.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	LUNA PARRA JONATHAN URIEL-11-2020.pdf	LUNA PARRA JONATHAN URIEL-11-2020.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS I cto 2558 LUNA JONATHAN DICIEMBRE 2020.zip	EVIDENCIAS I cto 2558 LUNA JONATHAN DICIEMBRE 2020.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUNA PARRA JONATHAN-DICIEMBRE.pdf	LUNA PARRA JONATHAN-DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EVIDENCIAS II cto 2558 LUNA	EVIDENCIAS II cto 2558 LUNA	Proveedor	Descargar	Detalle

Editar

☐	JONATHAN DICIEMBRE 2020 (2).zip	JONATHAN DICIEMBRE 2020 (2).zip			
☐	CertificadoTrabajadorIndependiente.pdf ARL .2021.pdf	CertificadoTrabajadorIndependiente.pdf ARL .2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS ENERO 2021.zip	EVIDENCIAS ENERO 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUNA PARRA JONATHAN URIEL ENERO 2021.pdf	LUNA PARRA JONATHAN URIEL ENERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA FEBRERO 2021-.zip	EVIDENCIA FEBRERO 2021-.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificado ARL adición 2021.pdf	Certificado ARL adición 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	LUNA PARRA JONATHAN-FEBRERO.pdf	LUNA PARRA JONATHAN-FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA MARZO 2021-.zip	EVIDENCIA MARZO 2021-.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >

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



Datos guardados

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JONATHAN URIEL LUNA PARRA	COORDINADOR	YANETH MARCELA SILVA FLOREZ
FECHA REVISIÓN	2021-03-23 18:21:36	Mes	Marzo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO VILLAS DEL PROGRES	SEDE C,	1	**Miercoles,08:00:00,10:00:00** 3-10-17-24 **Viernes,08:00:00,10:00:00** 5-12-19-26	3-5-10-12-17-19		24	20
	SEDE C,	2	**Martes,10:00:00,12:00:00** 2-9-16-23 **Miercoles,10:00:00,12:00:00** 3-10-17-24	2-3-9-10-16-17-23			
	SEDE C,	3	**Martes,08:00:00,10:00:00** 2-9-16-23 **Viernes,10:00:00,12:00:00** 5-12-19-26	2-5-9-12-16-19-23			



Marcela Silva F
CC
1032405952