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

MEMORANDO

31 OCT 2018

Radicado IDRD No 20185100674623

Bogotá D.C, 26/10/2018

PARA: Martha Consuelo Andrade Muñoz
Subdirectora de Contratación.

DE : Supervisor de Contrato

ASUNTO: Remisión de informe mes de OCTUBRE Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2630 -2018 . Expediente Virtual No. 20188002011025 60E

De manera atenta y para sus fines pertinentes, me permito remitir en original del informe del contratista, certificación de cumplimiento y parafiscales MOLANO MENA MARIA ELENA. CPS No 2630 - 2018 . Se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

JUAN AUGUSTO FRANCO TRIANA
PROFESIONAL GESTOR IED.

Anexo: (11 ) FOLIOS (1) CD
Elaboró: GERMAN PRIETO– Contratista TEC – Deportes



INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2018.10.31 14:47:00 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

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

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

| INFORME No. | 4 | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DEL INFORME | dd | Mm | aa |
| | 25 | 10 | 2018 |

| No. DEL CONTRATO Y FECHA |
|---|
| 2630 DE 2018 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| 20188002011025 60E |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | MARIA ELENA MOLANO MENA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 52301140 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | Prestar sus servicios profesionales como FORMADOR DEPORTIVO RANGO B para la articulación con las instituciones educativas del distrito en el proceso de formación en deporte de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | 4 MESES Y 7 DÍAS | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | $ 9.415.488 | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 17 de julio de 2018 | Registre la fecha de inicio del acta |
| FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN | 30 de noviembre de 2018 | Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | | Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga |
| SUSPENSIONES (solo cuando aplique) | | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME | Del 26 de Septiembre de 2018 al 25 de Octubre de 2018 | 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, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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>Avance, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Presentar al Supervisor del Contrato mediante el SIM, durante la tercera semana de ejecución del contrato, una propuesta de Plan Formador para cada grupo asignado de estudiantes de acuerdo con el Plan Pedagógico, guías sociales del centro de interés correspondiente y la malla curricular entregada por el proyecto.</td><td>Se encuentra completo el plan formador de baloncesto ciclo 3 según los parámetros establecidos por el programa TEC del IDRD<br><br>Evidencia ; Plataforma Sim y CD</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el</td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">CLASES REPORTADAS EN EL SIM</th></tr>
<tr><th>No GRUPO</th><th>DIAS</th><th>HORARIO</th><th>FECHAS</th></tr>
<tr><td>GRUPO 1</td><td>LUNES -MIERCOLES</td><td>9.30 A 11.30</td><td>26, 01, 03, 17. 22 Y 24.</td></tr>
<tr><td>GRUPO 2</td><td>LUNES -MIERCOLES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>26, 01, 03, 17, 22 Y 24</td></tr>
<tr><td>GRUPO 3</td><td>MARTES - JUEVES</td><td>930 A 1130</td><td>02, 04,16 , 18, 25</td></tr>
<tr><td>GRUPO 4</td><td>MARTES - JUEVES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>02, 04,16, 18, 25</td></tr>
<tr><td>GRUPO 7</td><td>VIERNES</td><td>9.30 A 11.30</td><td>19</td></tr>
<tr><td>GRUPO 8</td><td>VIERNES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>19</td></tr>
</table>
Anexo: Cuadro de clases avaladas.<br>Evidencia: Actas y plataforma SIM<br>Ubicación: Archivo y plataforma SIM</td></tr>
</table>

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

<table>
<tr><td>Gestor IED de su zona</td><td></td></tr>
<tr><td>Obligación No. 3: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.</td><td>Cuento con clave de usuario de la plataforma SIM, la cual fue asignada el 20 de febrero de 2018, con las indicaciones previas para el manejo de la misma.<br>Evidencia: Pantallazo del correo<br>Ubicación: CD</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 4: 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.</td><td>Se hace la inscripción y el registro de asistencia de acuerdo al direccionamiento del gestor IED y la presente obligación.<br>Evidencia; Plataforma Sim y CD<br>Ubicación: SIM y archivo TEC.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5: Planear y subir la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.</td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">CLASES REPORTADAS EN EL SIM</th></tr>
<tr><th>No GRUPO</th><th>DIAS</th><th>HORARIO</th><th>FECHAS</th></tr>
<tr><td>GRUPO 1</td><td>LUNES -MIERCOLES</td><td>9.30 A 11.30</td><td>26, 01, 03, 17. 22 Y 24.</td></tr>
<tr><td>GRUPO 2</td><td>LUNES -MIERCOLES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>26, 01, 03, 17, 22 Y 24.</td></tr>
<tr><td>GRUPO 3</td><td>MARTES - JUEVES</td><td>930 A 1130</td><td>02, 04,16 , 18, 25</td></tr>
<tr><td>GRUPO 4</td><td>MARTES - JUEVES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>02, 04,16 , 18, 25</td></tr>
<tr><td>GRUPO 7</td><td>VIERNES</td><td>9.30 A 11.30</td><td>19</td></tr>
<tr><td>GRUPO 8</td><td>VIERNES</td><td>12.30 A 14.30</td><td>19</td></tr>
</table>
Evidencia: Planeación registrada en el SIM<br>Ubicación: Plataforma SIM y CD</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 6: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones músculo-esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.</td><td>Se está solicitando la información a los docentes enlaces de la institución, Diana Gutiérrez y Cesar Pinilla, para tener en cuenta los niños que tengan un problema de salud y tomar las medidas de prevención necesarias.<br><br>Evidencia: Carpeta de antecedentes<br>Ubicación: Archivo de TEC de la IED</td></tr>
</table>

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

| | |
|---|---|
| Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS. | Se ha ido realizando la carpeta por cada grupo de estudiantes del centro de interés de BALONCESTO con las fotocopias del carnet de la EPS y la tarjeta de identidad, así como de las respectivas certificaciones médicas en las que consta que el estudiante tiene alguna contraindicación para realizar ejercicio.<br><br>Evidencia: Carpeta de documentos<br>Ubicación: Formador |
| Obligación No. 8: Reportar 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, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional. Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED. | No se presenta ninguna problemática por parte de los niños asistentes al centro de interés tanto de los grupos de la mañana y de la tarde. |

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

<table>
<tr><td>Obligación No. 9: Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, pedagógico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.</td><td>
<table>
<tr><th colspan="4">REUNIONES DE OCTUBRE</th></tr>
<tr><th>DIA</th><th>HORARIO</th><th>TEMA DESARROLLADO</th><th>LUGAR</th></tr>
<tr><td>2/10/2018</td><td>7:00 am A 9:00 am</td><td>PROCESOS DE NIVELACION, PLANEACION, Y ORGANIZACIÓN DEL CIERRE</td><td>IED CUNDINAMARCA</td></tr>
<tr><td>5/10/2018</td><td>7:00 am A 9:00 am</td><td>REUNION OPERATIVA SOBRE LOS PROCESOS</td><td>IED CUNDINAMARCA</td></tr>
<tr><td>16/10/2018</td><td>7:00 am A 9:00 am</td><td>APOYOS, PREPARACION DE CIERRES Y RECEPCION DE PAGOS</td><td>IED CUNDINAMARCA</td></tr>
<tr><td>18/10/2018</td><td>7:00 am A 9:00 am</td><td>PROCESOS DE NIVELACION, PLANEACION, Y ORGANIZACIÓN DEL CIERRE</td><td>IED CUNDINAMARCA</td></tr>
<tr><td>23/10/2018</td><td>09:00 am A 01:00 pm</td><td>REVISION INDIVIDUAL DEL SIMRECEPCION DE INFORMES</td><td>SAUZALITO</td></tr>
<tr><td>25/10/2018</td><td>7:00 am A 9:00 am</td><td>CONSOLIDADION DE LAS ACTIVIDADES DE CIERRE</td><td>IED CUNDINAMARCA</td></tr>
</table>
Se cumple a cabalidad con la función, se anexa cuadro de reuniones</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.</td><td>En el momento no se tienen identificados los niños con las condiciones para semillero, pero en el transcurso del proyecto apenas se identifiquen se informara al gestor del IED y a su vez al coordinador de semillero</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 11: Entregar al supervisor del contrato, el certificado del curso de primer respondiente ó curso de primeros auxilios ó curso de alturas ó salvamento acuático dentro de los treinta (30) días siguientes a la firma del acta de inicio, dependiendo de la disciplina en el centro de interés y según la normatividad vigente.</td><td>Se entregó de forma física una copia del certificado de primer respondiente junto con el informe.<br><br>Evidencia: Certificado actualizado<br>Ubicación: CD y junto con el informe actual.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 12: Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus</td><td>Se cumple correctamente con la función, cumpliendo con las normas reglamentarias y manual de convivencia del IED. Cundinamarca.</td></tr>
</table>

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.**

| | |
|---|---|
| normas reglamentarias y cumplir los Manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio. | |
| Obligación No. 13: Todas las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato, para la correcta ejecución del mismo, mediante acta suscrita con el supervisor del contrato y que se relacionen con el objeto del contrato. | Se entrega el informe mensual cumpliendo con las obligaciones contractuales |
| Obligación No. 14: Dar cumplimiento estricto al acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI. | Se cumple con esta función |
| **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. | |

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

# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

**NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA 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 | EPS Sura | $ 135.000 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | Protección | $ 172.800 |
| PAGO RIESGOS PROFESIONALES | Positiva | $ 11.300 |
| | TOTAL | $ 319.100 |

4 ANEXOS (adjuntar los soportes establecidos en el procedimiento de pagos vigente de la entidad)

Firma Contratista

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

La contratista cumplio con todas sus obligaciones contractuales para el presente periodo.

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: JUAN AUGUSTO FRANCO TRIANA
N° de Identificación: 80242596
Cargo: 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 esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

**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. | | | 2630 DE 2018 | | | | |
| 2 | Nombre del Contratista | | | MARIA ELENA MOLANO MENA | | | | |
| 3 | Identificación | CC | X | CE | | 52301140 | | |
| 4 | Régimen del impuesto a las ventas | | | Simplificado | X | Común | | |
| 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 |
| 7 | Declaración de ingresos<br>c) Mis ingresos totales en el año gravable 2017, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2017), equivalentes a $44.602.600. | | | | SI | | NO | X |
| 8 | Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.<br>Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ 135.000,00 — Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ 172.800,00<br>Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ 11.300,00 — Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente | | | | | | | |
| 9 | Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual<br>AFC $ — Ahorro Voluntario Pensión $ | | | | | | | |
| 10 | Intereses en créditos de vivienda de habitación.<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2017). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo | | | | SI | | NO | X |
| 11 | Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos)<br>Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2017). Anexo | | | | 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.<br>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 (2018) $8,620,560. (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 (2018) $8,620,560. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | | | | SI | | NO | X |
| 13 | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | | | | SI | | NO | X |
| 14 | **(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de: | | | | | | % | |

***Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.***

**DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.**

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 25 MM 10 AA 2018

FIRMA

**Señor(a):** MARIA ELENA MOLANO MENA
**No. Identificación:** CC 52301140
**Dirección:** CALLE 12 A NO 71 C 21 BLOQUE 19 APTO 503
**Teléfono:** 5104746 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8330610162

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | MARIA ELENA MOLANO MENA |
| Tipo y Número de Identificacion | CC 52301140 |
| Número Planilla | 8330610162 |
| Fecha de Pago | 10/16/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 1000000306 |
| Banco | 1001 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Septiembre 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Septiembre 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Septiembre 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $321.000 |
| Total Interes Mora | $1.900 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | $11.400 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | $173.800 | 1 |
| EPS010 | EPS Sura | $135.800 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52301140
APELLIDOS Y NOMBRES MOLANO MENA MARIA ELENA

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACION SALUD | COTIZACION PENSIÓN | COTIZACION RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 230201 | 0 | 1.080.000 | 1.080.000 | 1.080.000 | 0 | 135.000 | 172.800 | 11.300 | 0 |

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

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

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA

# 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 | 52301140 |
| NOMBRES | MARIA ELENA |
| APELLIDOS | MOLANO MENA |
| 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 Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | CONTRIBUTIVO | 01/03/2010 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 10/15/2018 22:40:05 | Estación de origen: | 186.155.12.117 |
|---|---|---|---|

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



10