# 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.** | 2 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 30 | 07 | 2023 |

| **No. DEL CONTRATO Y FECHA** |
|---|
| IDRD-CTO-2535 del 16/Mayo/2023 |
| **No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL** |
| |

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | Instrucciones |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | OMAR FABIAN RINCON MAHECHA | Registre nombre y apellidos completos |
| N° DE IDENTIFICACIÓN | 1.026.264.229 | Registre el número de identificación |
| OBJETO DEL CONTRATO | PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS | Registre el objeto del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN | Siete (7) meses y doce días (12) Días | Registre el plazo total de ejecución en letras y números |
| VALOR | Diecinueve millones trecientos noventa y cinco mil cuatrocientos pesos ($ 19.395.400) M/ Cte | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 25/05/2023 | 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) | | Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 27/02/2024 | 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 JULIO 2023 AL 30 JULIO 2023 | 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: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido) , adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</td><td>ACTIVIDADES: Cumplí con esta obligación se realiza planeación de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial y a su vez articulándolas con las mallas curriculares de la IED Rafael Uribe Uribe, planteándolas para este periodo de la siguiente manera:
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO UNO<br>LUNES 6:30-8:30 Y VIERNES DE 12:30 A 14:300</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>14-0-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>17-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>21-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO DOS<br>LUNES 8:30 A 10:30 Y MIERCOLES DE 12:30 A 14:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>14-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>17-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>19-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO TRES<br>MARTES 6:30 8:30 Y JUEVES 10:30 – 12:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>13-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO CUATRO<br>MARTES 8:30 10:30 Y JUEVES 12:30 – 14:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>13-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-07-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
Se trabaja la primera semana de Julion 4 al 8 en la vacaciones Recreo deportivas donde se adjuntas las clases planeadas las cuales soportan en el drive del gestor IED<br>EVIDENCIAS: Planes de clase, asistencias.<br>UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JULIO 2023/ Obligación 1 y plataforma SIM.</td></tr>
</table>

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

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

<table>
<tr>
<td>Obligación No. 2: Conocer 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, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</td>
<td>ACTIVIDADES: Se cumple con esta obligación, se realiza formato de antecedentes médicos y se adjunta copia de documento de identidad y afiliación a EPS, en este formato va especifico por estudiante los datos básicos y la información necesaria de antecedentes médicos, quedando en A-Z en físico en la oficina de docente enlace de la IED Rafael Uribe Uribe y en drive compartido por la institución.<br><br>EVIDENCIAS: A-Z en físico y drive de la institución.<br><br>UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JULIO 2023/ Obligación 2</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</td>
<td>ACTIVIDADES: Para este periodo no se identifica algún talento para reportar en semillero, ya que los estudiantes asignados no cumplen con la estatura para realizar proceso en semillero.<br><br>EVIDENCIAS: Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, en el momento que aplique se tendrá evidencia<br><br>UBICACIÓN: Para este periodo de actividades no se tiene ubicación en el momento que aplique se tendrá la ubicación.</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 4: Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</td>
<td>ACTIVIDADES: Durante este periodo se asistió y participo en las reuniones convocadas por los componentes operativo, social y pedagógico, requeridas por el proyecto Jornada Escolar Complementaria-IDRD.<br>A continuación, se relacionan en orden cronológico las actividades mencionadas anteriormente. De acuerdo a los lineamientos suministrados por nuestro Gestor Diego Rueda.
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIONES</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>4 al 8 -07-2023</td><td>Vacaciones recreo deportivas presenciales</td><td>Formadores y Gestores por Parque</td></tr>
<tr><td>10-07-2023</td><td>Simposio presencial ied Rafael UU</td><td>Formadores y Gestores IED Gestor IED y zonal</td></tr>
<tr><td>11-07-2023</td><td>Reunión virtual gestor IED indicaciones de trabajo</td><td>Formadores y, Gestor IED,</td></tr>
<tr><td>19-07-2023</td><td>Reunión presencial IED Rafael UU Modelo de atención nuevo horario</td><td>Formadores y Gestores IED</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

| | |
|---|---|
| | **EVIDENCIAS:** Actas y pantallazos de las reuniones virtuales, entrega de vacaciones recreo deportivas en el formato.<br><br>**UBICACIÓN:** SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JULIO 2023/ Obligación 4 |
| **Obligación No. 5** El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, "por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato | **ACTIVIDAD:** Para este periodo de actividades no se presentó conflicto de intereses de tipo económico, profesional por afinidad política, por vínculos familiares, dando cumplimiento a lo estipulado en la resolución 424 de 2021.<br><br>**EVIDENCIA:** Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, en el momento que aplique se tendrá evidencia.<br><br>**UBICACIÓN:** Para este periodo de actividades no se tiene Ubicación, en el momento que aplique se tendrá ubicación. |
| **Obligación No. 6:** Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, "puede ser redes sociales" los eventos que realice la entidad. | **ACTIVIDADES:**<br>Se utilizan las herramientas digitales para las actividades realizadas diariamente logrando un monitoreo del proceso a través del SIM, y del Drive, para el adecuado cumplimiento del objeto y la obligación del contrato.<br><br>**EVICENCIAS:** Pantallazos, planeaciones de clase Sim<br>**UBICACIÓN:** SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JULIO 2023/ Obligación #6 |
| **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. | |

## 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

## 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)**

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | COMPENSAR | 145.000 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | COLPENSIONES | 185.600 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | POSITIVA | 28.300 |
| | **TOTAL** | 382.100 |

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

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

Firma Contratista
Nombre: OMAR FABIAN RINCON MAHECHA
CC: 1.026.264.229

VoBo **HAROL STIC RAMOS PENAGOS**
C.C. 1.006.729.638
Gestor IED

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

Durante el presente periodo de actividades el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Señores:
**INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE**
Ciudad.

## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

**(**Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional )

**Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 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** | Nombre del Contratista | **OMAR FABIAN RINCON MAHECHA** | | | | | | | | | |
| **2** | Identificacion | CC | **X** | CE | | **Numero** | **1026264229** | **N° contrato** | | **2535-2023** | |
| **3** | Responsable del impuesto a las ventas | | | | | | | SI | | NO | **X** |
| **4** | Pertenece al Regimen Simple | | | | | | | SI | | NO | **X** |
| **5** | Residente en el país (Extranjeros) | | | | | | | SI | | NO | |
| **6** | Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600 | | | | | | | SI | | NO | **X** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **7** | **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.** | | | | | |
| | Número de planilla | **68508715** | Fecha de pago | 10/07/2023 | Valor pagado | $ 382.100,00 |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **$ 145.000,00** | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | **$ 185.600,00** | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **28.300,00** | Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente | | | |
| **8** | **Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual** | | | | | |
| | AFC $ | | Ahorro Voluntario Pensión $ | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **9** | 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 (2022). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo | SI | | NO | **X** |
| **10** | 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 (2022). Anexo | SI | | NO | **X** |
| **11** | **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.** | | | | |
| | **De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $254.472 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes ( si no tiene dependientes colocar (0))** | | | **#** | **0** |
| | **a)** Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo | SI | | NO | **x** |
| | **b)** Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno 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 de cada uno 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 (2022) $9.881.040 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 (2022) $9.881.040 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo | SI | | NO | **X** |
| **12** | Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios. | SI | | NO | **X** |
| **13** | **(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será 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 **30** MM **7** AA **2023**

FIRMA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** OMAR FABIAN RINCON MAHECHA
**No. Identificación:** CC1026264229
**Dirección:** CL 19 SUR 69 55
**Telefono:** 3144589255
**Correo:** edufisicaofrm@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 68508715

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | OMAR FABIAN RINCON MAHECHA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1026264229 | **Periodo de Cotización Salud** | junio de 2023 |
| **Número de planilla** | 68508715 | **Periodo de Cotización Pensión** | junio de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-07-10 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 1466876 | **Total Pagado** | 382100 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 28300 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 145000 | 1 |

68508715

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1026264229
APELLIDOS Y NOMBRES: OMAR FABIAN RINCON MAHECHA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 23200 |

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 afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

## Resultados de la consulta

### Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1026264229 |
| NOMBRES | OMAR FABIAN |
| APELLIDOS | RINCON MAHECHA |
| 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 | CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR | CONTRIBUTIVO | 13/10/1995 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 07/12/2023 18:47:04 | Estación de origen: | 2801:12:c800:2070::1 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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 base de datos, 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 EPS 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 necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**1.RELACIÓN SESIONES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE | FABIAN RINCON MAHECHA | COORDINADOR | HAROLD STIC RAMOS PENAGO |
| FECHA REVISIÓN | 2023-07-17 21:37:45 | Mes | Julio |

| IED | SEDE | GRUPO | SESIONES PLANEADAS (HORARIO) | SESIONES EJECUTADAS | SESIONES NO EJECUTADAS | TOTAL PROGRAMADAS | TOTAL EJECUTADAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE | RAFAEL URIBE URIBE, | 1 | **Viernes,12:30:00,14:30:00**<br>14-21<br>**Lunes,06:30:00,08:30:00**<br>17 | 14-17 | | 9 | 5 |
| | RAFAEL URIBE URIBE, | 2 | **Lunes,08:30:00,10:30:00**<br>17<br>**Miercoles,12:30:00,14:30:00**<br>19 | 17 | | | |
| | RAFAEL URIBE URIBE, | 3 | **Jueves,10:30:00,12:30:00**<br>13<br>**Martes,06:30:00,08:30:00**<br>18 | 13 | | | |
| | RAFAEL URIBE URIBE, | 4 | **Jueves,12:30:00,14:30:00**<br>13<br>**Martes,08:30:00,10:30:00**<br>18 | 13 | | | |





VoBo **HAROL STIC RAMOS PENAGOS**
C.C. 1.006.729.638
Gestor IED

Colombia COMPRA EFICIENTE
Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste

UTC -5 8:36:02
OMAR FABIAN RINCO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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. ARL_CTO_2535_2023.pdf | 1. ARL_CTO_2535_2023.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2. CRP-CTO 2535-2023.pdf | 2. CRP-CTO 2535-2023.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 1 JUNIO CPS 2535-2023.zip | EVIDENCIAS INFORME 1 JUNIO CPS 2535-2023.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EVIDENCIAS 1 MES DE JULIO CPS 2535-2023.zip | EVIDENCIAS 1 MES DE JULIO CPS 2535-2023.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |



Borrar Cargar nuevo

© 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.