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**
	30	10	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2535 del 16/Mayo/2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2023800701602802E

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	23/05/2023	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)	DEL 7 DE AL 16 DE OCTUBRE DE (10 DIAS)	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 AL 6 DE OCTUBRE Y DEL 17 AL 30 DE OCTUBRE DE 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
MIERCOLES Y VIERNES 12:30 2:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>04-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>25-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>27-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO DOS
MIERCOLES Y VIERNES 2:30 A 4:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>04-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>18-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>20-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>25-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>27-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th colspan="3">IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO TRES
MARTES Y JUEVES 12:30-2:30</th></tr>
<tr><td>FECHA DE SESIÓN</td><td>PLANEADAS EN SIM</td><td>EJECUTADAS</td></tr>
<tr><td>03-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>05-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>17-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>19-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>24-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>26-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>IED RAFAEL URIBE URIBE GRUPO CUATRO
MARTES Y JUEVES 2:30 A 4:30</th></tr>
</table>
</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></td><td>
<table>
<tr><th>FECHA DE SESIÓN</th><th>PLANEADAS EN SIM</th><th>EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>03-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>05-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>17-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>19-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>24-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
<tr><td>26-10-2023</td><td>SI</td><td>SI</td></tr>
</table>
Se trabajo el mes de septiembre en las instalaciones de la IED con los escolares de Primaria y bachillerato logrando con bachillerato tener grupo masculino y femenino. Se sigue promocionando el centro de interés en primaria.
UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 5 OCTUBRE 2023/ Obligación 1 y plataforma SIM.</td></tr>
<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.

EVIDENCIAS: A-Z en físico y drive de la institución.

UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 5 OCTUBRE 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.

EVIDENCIAS: Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, de igual manera se adjuntó correo electrónico el día 14 de Octubre al Gestor IED Harold Ramos.

UBICACIÓN: Pantallazo enviado al Gestor IED mencionando que no se encontró o se encuentra el talento que necesitan para Semilleros. Carpeta informe N° 5 OCTUBRE 2023/ Obligación 3</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</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.
A continuación, se relacionan en orden cronológico las actividades mencionadas anteriormente. De acuerdo a los</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>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>lineamientos suministrados por nuestro Gestor Diego Rueda.

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIONES</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>03-10-2023</td><td>Reunión general Muestras Pacto de formación, Contratos</td><td>Formadores y Gestor IED</td></tr>
<tr><td>06-10-2023</td><td>Evento recreo deportivo en conjunto</td><td>Formadores IED</td></tr>
</table>

EVIDENCIAS: Actas y pantallazos de las reuniones virtuales, entrega de vacaciones recreo deportivas en el formato.
UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 5 OCTUBRE 2023/ Obligación 4</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>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.

EVIDENCIA: Para este periodo de actividades no se tiene evidencia, en el momento que aplique se tendrá la evidencia.

UBICACIÓN: Para este periodo de actividades no se tiene Ubicación, en el momento que aplique se tendrá ubicación.</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>ACTIVIDADES:
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.

EVICENCIAS: Pantallazos, planeaciones de clase Sim
UBICACIÓN: SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 5 OCTUBRE 2023/ Obligación #6</td>
</tr>
<tr>
<td colspan="2">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.</td>
</tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

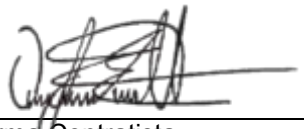
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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

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
Periodo de supervisión: del 1/10/2023 al 6/10/2023 y del17/10/2023 al 30/10/2023



HAROL STIC RAMOS PENAGOS
C.C.1.006.729.638
Apoyo a la Supervisión
Gestor IED

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 <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**					
	Número de planilla	**70876118**	Fecha de pago	6/10/2023	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. 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) 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	**<u>DEPENDIENTES</u>: 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 **10** 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: 70876118

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**	septiembre de 2023
Número de planilla	70876118	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2023
Fecha pago	2023-10-06	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	1537237	**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

70876118

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 :



HAROL STIC RAMOS PENAGOS
C.C.1.006.729.638
Apoyo a la Supervisión
Gestor IED

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:	10/06/2023 17:15:42	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

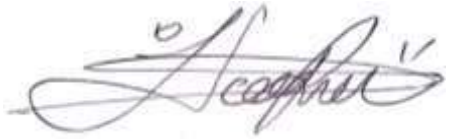
1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	FABIAN RINCON MAHECHA	COORDINADOR	HAROLD STIC RAMOS PENAGO
FECHA REVISIÓN	2023-10-12 07:28:03	Mes	Octubre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE,	1	**Martes,12:30:00,14:30:00** 3-17 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 5-19	3-5		14	6
	RAFAEL URIBE URIBE,	2	**Martes,14:30:00,16:30:00** 3-17 **Jueves,14:30:00,16:30:00** 5-19	3-5			
	RAFAEL URIBE URIBE,	3	**Miercoles,12:30:00,14:30:00** 4-18 **Viernes,12:30:00,14:30:00** 20	4			
	RAFAEL URIBE URIBE,	4	**Miercoles,14:30:00,16:30:00** 4-18 **Viernes,14:30:00,16:30:00** 20	4			

FECHA - HORARIO	2023-10-03 (12:30:00 - 01:00:00)	TEMA	EVENTO MUESTRAS, PACTO DE FORMACIÓN, CONTRATOS





HAROL STIC RAMOS PENAGOS
C.C. 1.006.729.638
Apoyo a la supervisión
Gestor IED

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1. 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
	EVIDENCIAS 1 AGOSTO CPS 2535-	EVIDENCIAS 1 AGOSTO CPS 2535-	Proveedor	Descargar	Detalle



HAROL STIC RAMOS PENAGOS
C.C.1.006.729.638
Apoyo a la Supervisión
Gestor IED

Datos guardados

Editar

	2023.zip	2023.zip			
☐	Eviedncias 2 Agosto CPS 2535-2023.zip	Eviedncias 2 Agosto CPS 2535-2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias #1 Septiembre CPS 2535-2023.zip	Evidencias #1 Septiembre CPS 2535-2023.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias #2 Septiembre CPS 2535-2023.zip.zip	Evidencias #2 Septiembre CPS 2535-2023.zip.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias #1 OCTUBRE CPS 2535-2023.zip.zip	Evidencias #1 OCTUBRE CPS 2535-2023.zip.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RINCON MAHECHA OMAR FABIAN INFORME JUNIO 2023.pdf	RINCON MAHECHA OMAR FABIAN INFORME JUNIO 2023.pdf	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.