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	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1535-2024 DEL 17/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MENA OBREGON JUAN CARLOS	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79837134	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	OCHO (8) MESES Y SIETE DIAS (7)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(18.616.800) DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17-05-2024	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	24-01-2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 01/06/2024 AL 30/06/2024	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>Actividad:
Para este periodo de actividades se inicio a la operación en la IED LAUREANO GOMEZ llevando acabo los impactos asignados al CI.

<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>DIAS HORARIOS</th><th>SESIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>LUNES Y MIERCOLES DE 9 A 11 AM</td><td>05 DE JUNIO DEL 20204</td></tr>
<tr><td>2</td><td>MARTES Y JUEVES DE 12 A 2</td><td>04,06,11 DE JUNIO DEL 2024</td></tr>
<tr><td>3</td><td>LUNES Y MIERCOLES DE 9 A 11 AM</td><td>05-06-2024</td></tr>
<tr><td>4</td><td>MARTES Y JUEVES DE 12 A 2</td><td>04,06,11 DE JUNIO DEL 2024</td></tr>
</table>

Evidencia:
Sistema misional

Ubicación:
Las evidencias se encuentran en el secop II numeral 7, evidencias informes # 2 CTO 1535-junio 2024.

NOTA: Se realizan los apoyos a vacaciones recreo deportivas del idrd, con la siguiente programacion:

SEMANA 1
Parque villas de granada jornada tarde
SEMANA 2
Parque ciudad montes jornada mañana</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>Actividad:
Para este periodo y por inicio de actividades del presente año 2024, hasta el momento no se han solicitado dichos antecedentes, tan pronto como sean requeridos se solicitaran respectivamente dichos documentos.</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>Actividad:
Para este periodo y por inicio de actividades del presente año 2024, hasta el momento no se han impactado ni realizado las pruebas con los estudiantes, tan pronto como lo solicite el IDRD se hará la respectiva gestión para cumplir con la obligación a cabalidad.</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</td>
<td>Actividad:
Para este periodo de actividades del presente año 2024 se realizaron los siguientes apoyos:

<table>
<tr><th>DIAS Y HORARIOS DE IMPACTO</th><th>DESCRIPCION</th></tr>
<tr><td>MIERCOLES (12-06-24) REUNION OPERATIVA ZONA 2</td><td>Sim al día, entrega de pagos, entrega de informe, presentación del gestor Iván López.</td></tr>
<tr><td>LUNES (17-06-24) JORNADA DE FORTALECIMIENTO ABRE TUS OJOS</td><td>Reunión en el salón presidente del IDRD, temas: sistema nacional de convivencia, ley 1098, código de infancia y adolescencia.</td></tr>
<tr><td>MIERCOLES (19-06-24) REUNION OPERATIVA EN EL CEAD</td><td>Reunión operativa en el CEAD, presentación del gerente del proyecto, parámetros y metas a desarrollar en el nuevo cuatrienio del proyecto. Presentación de los diferentes componentes del proyecto JEC.</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>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>
<table>
<tr><td>JUEVES (20-06-24) REUNION OPERATIVA EN EL CEAD</td><td>Reunión operativa en el CEAD, presentación de formadores a cargo de semilleros, organización y parámetros de trabajo para el desarrollo óptimo del proyecto JEC.</td></tr>
<tr><td>VIERNES (21-06-24) REUNION OPERATIVA ZONA 2 – VACACIONES RECREO DEPORTIVAS</td><td>Se dan los parámetros e indicaciones como ubicación, horarios y demás para el apoyo de las vacaciones recreo deportivas del idrd.</td></tr>
</table>
Evidencia:
Actas y pantallazos

Ubicación:
Las evidencias se encuentran en el secop II numeral 7, evidencias informes # 2 CTO 1535- junio 2024.
</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:

Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses para que no se vea comprometida la ejecución objetiva del contrato, siempre usando términos de cordialidad, manteniendo una comunicación asertiva.

Evidencia:

Formato de conflicto de interés.

Ubicación:

Las evidencias se encuentran en el secop II numeral 7, evidencias informes # 2 CTO 1535-junio 2024.</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	$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 31.700
	TOTAL	$ 402.200

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.

Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
CC 79883293

Firma Contratista
Nombre: JUAN CARLOS MENA OBREGON
No. de Identificación: 79837134

EN EL PRESENTE PERIODO EL CONTRATISTA CUMPLIO CON TODAS SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.

EN EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS

VoBo Supervisor del contrato
Nombre:William Rene Torres Agudelo
CC 80240522
Asesor Código 105 Grado 01
Gerente Proyecto JEC.

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	**MENA OBREGON JUAN CARLOS**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**79837134**	**N° contrato**		**IDRD -1535-2024**	
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 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a $59,376,800							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	**77065610**		Fecha de pago	25/06/2024	Valor pagado	$ 406.500,00				
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 162.500,00**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 208.000,00**						
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**31.700,00**		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 (2023). 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 (2023). 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 $282.390 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 (2023) $11.027.120 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 (2023) $11.027.120 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 **6** AA **2024**

FIRMA

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	79837134	JUAN CARLOS MENA OBREGON	CRA 109 #17-11	4970997	juancarlosmenao@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	
2024-05	2024-05	I	25/06/2024	77065610	$406.500	

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	162.500	0		0		0	13	1.700	0	164.200	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	208.000	0	0	0	0	13	2.200	0	210.200	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	31.700				31.700	13	400	32.100			317	32.100	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	162.500	164.200
Pensión	1	208.000	210.200
Riesgos Laborales	1	31.700	32.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	406.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

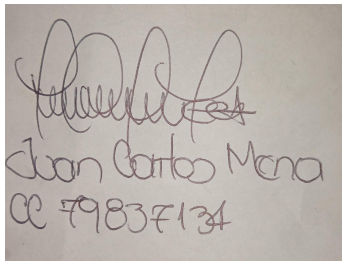
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79837134	JUAN CARLOS MENA OBREGON		CRA 109 #17-11	4970997	juancarlosmenao@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	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	
2024-05	2024-05	I	25/06/2024	77065610	$406.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	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	79837134	MENA OBREGON JUAN CARLOS	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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	79837134
NOMBRES	JUAN CARLOS
APELLIDOS	MENA OBREGON
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	05/11/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/24/2024 19:49:26	**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".

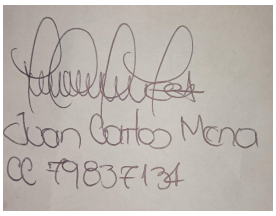
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

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, ECOC 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.

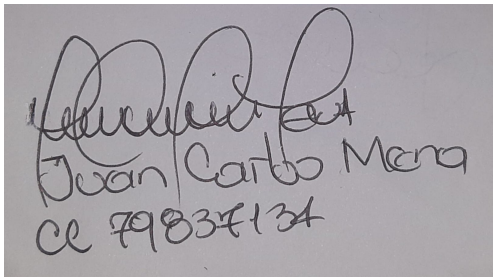
IMPRIMIR CERRAR VENTANA



1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JUAN CARLOS MENA OBREGON	COORDINADOR	RODRIGO IVAN LOPEZ HERNANDEZ
FECHA REVISIÓN	2024-06-25 08:17:34	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	1	**Miercoles,09:00:00,11:00:00** 5	5		8	8
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	2	**Martes,09:00:00,11:00:00** 4-11 **Jueves,09:00:00,11:00:00** 6	4-6-11			
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	3	**Miercoles,12:00:00,14:00:00** 5	5			
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	4	**Martes,12:00:00,14:00:00** 4-11 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 6	4-6-11			



Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
CC 79883293

8 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Editar

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

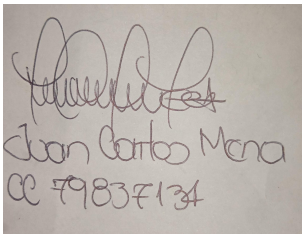
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Carg
☐	53374-ARL_1001219061_IDRD_CTO_1621_2024_20240514095537_60332 (1).pdf	53374-ARL_1001219061_IDRD_CTO_1621_2024_20240514095537_60332 (1).pdf	Com
☐	CTO 1621-2024.pdf	CTO 1621-2024.pdf	Com
☐	EVIDENCIAS MAYO 2024-INF 1-CARPETA No 1.zip	EVIDENCIAS MAYO 2024-INF 1-CARPETA No 1.zip	Prov
☐	120245000255473_00001Cambio_Supervisor.pdf	120245000255473_00001Cambio_Supervisor.pdf	Com
☐	EVIDENCIAS JUNIO 2024-INFORME # 2 CARPETA #1.zip	EVIDENCIAS JUNIO 2024-INFORME # 2 CARPETA #1.zip	Prov

Cancelar

<





Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
CC 79883293

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