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.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	05	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
0988 del 15 de abril de 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMADO SALAS LAURA GERALDINE	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1014215802	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	Cuatro (4) meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Once millones cuatrocientos cincuenta y seis mil pesos ($ 11’456.000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	30 de abril de 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	29 de agosto de 2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 30 de abril al 30 de mayo de 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
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.	ACTIVIDADES Para dar atención a los estudiantes de la IED Pablo de Tarso en los 4 grupos del centro de interés patinaje se planean 28 sesiones de clase donde se transversaliza el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria, para desarrollarse en el escenario del parque urbanización la amistad de la localidad de bosa, en las siguientes fechas y horarios: **Grupo 1** – 7 sesiones Martes y jueves de 9:30 a 11:30 • 2 de mayo de 2024 • 7 de mayo de 2024 • 14 de mayo de 2024 • 21 de mayo de 2024 • 23 de mayo de 2024 • 28 de mayo de 2024 • 30 de mayo de 2024 **Grupo 2** – 7 sesiones Martes y jueves de 11:45 a 13:45 • 2 de mayo de 2024 • 7 de mayo de 2024 • 14 de mayo de 2024 • 21 de mayo de 2024 • 23 de mayo de 2024 • 28 de mayo de 2024 • 30 de mayo de 2024 **Grupo 3** – 7 sesiones Miércoles y viernes de 9:30 a 11:30 • 3 de mayo de 2024 • 8 de mayo de 2024 • 15 de mayo de 2024

	• 22 de mayo de 2024 • 24 de mayo de 2024 • 29 de mayo de 2024 • 31 de mayo de 2024 **Grupo 4** – 7 sesiones Miércoles y viernes de 12:30 a 14:30 • 3 de mayo de 2024 • 8 de mayo de 2024 • 15 de mayo de 2024 • 22 de mayo de 2024 • 24 de mayo de 2024 • 29 de mayo de 2024 • 31 de mayo de 2024 EVIDENCIA Sesiones de Clase UBICACIÓN Evidencias informe 1 Secop II, Numeral 7. Drive de evidencias informe mayo Obligación 1
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.	ACTIVIDADES Para el proceso de inscripción de los estudiantes que participan de los centros de interés ofertados por la IED Pablo de Tarso, se solicitó a los estudiantes y padres de familia, diligenciar la ficha de inscripción que maneja la institución educativa con el fin de conocer la información del estudiante, información de contacto de los acudientes y los antecedentes o condiciones médicas especificas que pudiesen presentar los estudiantes, para determinar los alcances de las actividades a realizar con dichos estudiantes en las sesiones de clase. Adicional a esto se pide para organización de base de datos (Archivo escolar) anexar fotocopia del documento de identidad y certificación de afiliación de EPS de cada estudiante. Con esta información se recopila y organiza por cada grupo de trabajo una base de datos para tener disponible de manera digital, además que las fichas y documentos reposan en la sede D de la institución para tener acceso a estas cuando sea requerido.

	EVIDENCIA Base de Datos Estudiantes PDT UBICACIÓN Evidencias informe 1 Secop II, Numeral 7. Drive de evidencias informe mayo Obligación 2
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.	ACTIVIDADES Se tiene en cuenta que es de gran importancia el proceso de observación de los escolares de la IED Pablo de Tarso que participan del centro de interés patinaje, para determinar o identificar si cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de semilleros deportivos, para así realizar las diferentes valoraciones a través de pruebas estandarizadas por el programa, para poder remitirlos al profesional encargado.
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.	ACTIVIDADES Se participa en las actividades de fortalecimiento, cualificaciones y encuentros para el fortalecimiento del proyecto programados para el presente periodo de actividades. Las actividades realizadas se presentan a continuación: • 30 de abril de 2024 Agenda: Encuentro de empalme con formador encargado de los grupos de patinaje en la IED Pablo de Tarso, revisión de material y listados de participación por grupo. Hora: 9:00 • 9 de mayo de 2024 Agenda: Salida socio recreativa parque salitre mágico con estudiantes pertenecientes a los centros de interés ofertados por la IED Pablo de Tarso. Hora: 9:00 • 10 de mayo de 2024 Agenda: Apoyo institucional, representación comisión de evaluación grados 6to y 7mo

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)

	Hora: 8:00 EVIDENCIA Actividades realizadas UBICACIÓN Evidencias informe 1 Secop II, Numeral 7. Drive de evidencias informe mayo 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.	ACTIVIDADES Como contratista del instituto distrital de recreación y deporte, del proyecto de inversión de jornada escolar complementaria he adoptado las medidas necesarias para evitar cualquier conflicto de interés, teniendo en cuenta que mi servicio como formadora del centro de interés patinaje se basa en la objetividad e imparcialidad al momento de realizar funciones de formación integral para la comunidad educativa de la IED asignada y no deben involucrarse otros temas de tipo económico, familiar, afectivo o político dentro del plazo de ejecución del contrato de prestación de servicios 2287 de 2023. EVIDENCIA Declaración juramentada UBICACIÓN Evidencias informe 1 Secop II, Numeral 7. Drive de evidencias informe mayo Obligación 5
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	Nueva EPS	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	Protección	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	Positiva	$ 0
	TOTAL	$ 0

3. 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.

Hector David Jimenez Vega
C.c: 1022367490
Gestor IED

Firma Contratista
Laura Geraldine Amado Salas
CC 1.014’215.802

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

El contratista cumplió con las obligaciones establecidas en su contrato,en el tiempo informado.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
No de Identificación: 80.240.522
Cargo: Asesor Código 105 Grado 01

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	**AMADO SALAS LAURA GERALDINE**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1014215802**	**N° contrato**		**0988-2024**	
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	n/a	Fecha de pago	n/a	Valor pagado	$ -
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ -**	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ -**	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**	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 **5** AA **2024**



FIRMA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA GERALDINE AMADO SALAS identificado(a) con CC 1014215802 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**07/02/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 20 días del mes de mayo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AMADO SALAS LAURA GERALDINE** identificado(a) con **CC** número **1.014.215.802** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de septiembre de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de mayo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024052009035

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LAURA GERALDINE AMADO SALAS** identificado con **CC** No. **1014215802**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	**Fecha de inicio de cobertura:** 30/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/04/2024 **Fecha fin de Contrato:** 15/08/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015275483.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Certificación Bancaria

Lunes, 20 de mayo de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LAURA GERALDINE AMADO SALAS identificado(a) con CC 1014215802, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	58975583137	2017-04-20	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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	1014215802
NOMBRES	LAURA GERALDINE
APELLIDOS	AMADO SALAS
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	07/02/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/20/2024 09:09:22	**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 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		
☐	ARL CTO 0988-2024.pdf	ARL CTO 0988-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO 988-2024.pdf	CTO 988-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 MAYO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	EVIDENCIAS INFORME 1 MAYO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >