# 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** |
|---|
| **IDRD CTO 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 1 de junio al 30 de junio 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:<br>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<br>Para dar atención a los estudiantes de la IED Pablo de Tarso en los 4 grupos del centro de interés patinaje se planean 16 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:<br><br>**Grupo 1** – 4 sesiones<br>Martes y jueves de 9:30 a 11:30<br>• 4 de junio de 2024<br>• 6 de junio de 2024<br>• 11 de junio de 2024<br>• 13 de junio de 2024<br><br>**Grupo 2** – 4 sesiones<br>Martes y jueves de 11:45 a 13:45<br>• 4 de junio de 2024<br>• 6 de junio de 2024<br>• 11 de junio de 2024<br>• 13 de junio de 2024<br><br>**Grupo 3** – 4 sesiones<br>Miércoles y viernes de 9:30 a 11:30<br>• 5 de junio de 2024<br>• 7 de junio de 2024<br>• 12 de junio de 2024<br>• 14 de junio de 2024<br><br>**Grupo 4** – 4 sesiones<br>Miércoles y viernes de 12:30 a 14:30<br>• 5 de junio de 2024<br>• 7 de junio de 2024<br>• 12 de junio de 2024<br>• 14 de junio de 2024 |

| | |
|---|---|
| | EVIDENCIA<br>Sesiones de Clase<br><br>UBICACIÓN<br>Evidencias informe 2 Secop II, Numeral 7.<br>Drive de evidencias informe junio Obligación 1 |
| Obligación No. 2:<br>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<br>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.<br><br>EVIDENCIA<br>Base de Datos Estudiantes PDT<br><br>UBICACIÓN<br>Evidencias informe 2 Secop II, Numeral 7.<br>Drive de evidencias informe junio Obligación 2 |
| Obligación No. 3:<br>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<br>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:<br>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<br>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:<br><br>• 17 de junio de 2024<br>Agenda: Jornada de cualificación de legislatura y programas anexos y articulados con la atención de NNAJ dentro del proyecto, acciones y paso a paso a tener en cuenta.<br>Hora: 8:00<br><br>• 19 de junio de 2024<br>Agenda: Primera jornada de cualificación general de componentes principales del proyecto JEC (Pedagógico, semilleros, operativo)<br>Hora: 7:00<br><br>• 20 de junio de 2024<br>Agenda: Segunda jornada de cualificación general de componentes principales del proyecto JEC (Administrativo financiero, psicopedagógico, gerencia)<br>Hora: 12:30<br><br>• 24 al 29 de junio de 2024<br>Agenda: Apoyo a vacaciones recreo deportivas de mitad de año con atención a NNAJ en parques asignados por la organización del proyecto.<br><br>EVIDENCIA<br>Listados de asistencia<br><br>UBICACIÓN<br>Evidencias informe 2 Secop II, Numeral 7.<br>Drive de evidencias informe junio Obligación 4 |
| Obligación No. 5:<br>El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar | ACTIVIDADES<br>Como contratista del instituto distrital de recreación y deporte, del proyecto de inversión de jornada escolar |

| | |
|---|---|
| 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. | 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.<br><br>EVIDENCIA<br>Declaración juramentada<br><br>UBICACIÓN<br>Evidencias informe 2 Secop II, Numeral 7.<br>Drive de evidencias informe junio 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 | $ 162.500 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | Protección | $ 208.000 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | Positiva | $ 31.700 |
| | **TOTAL** | $ 402.200 |

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:

La 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 | 1063778966 | Fecha de pago | 4/06/2024 | Valor pagado | $ 402.200,00 |
| | 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.<br>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)<br>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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-05-17, 04:11:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063771235

**Periodo Cotización:** abril de 2024 **Periodo Servicio:** abril de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810561083

## PAGADO 16/05/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA GERALDINE AMADO SALAS | | |
| **Documento** | CC1014215802 | **Dirección** | CRA 74 B # 66 - 55 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3142024836 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1014215802 | LAURA GERALDINE AMADO SALAS | 59 | 00 | R | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 1 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 43.334 | $ 1.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 371.600 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 43.334 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 1.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 371.600 | $ 4.400 | $ 376.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-06-04, 02:58:47 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1063778966

**Periodo Cotización:** mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810561083

**PAGADO 04/06/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LAURA GERALDINE AMADO SALAS | | |
| **Documento** | CC1014215802 | **Dirección** | CRA 74 B # 66 - 55 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3142024836 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1014215802 | LAURA GERALDINE AMADO SALAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 402.200 | $ 0 | $ 402.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

## 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:** | 06/18/2024 18:07:25 | **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".

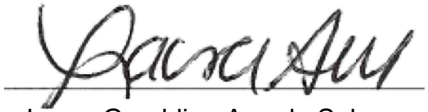
Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen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



Laura Geraldine Amado Salas
Cc. 1014215802

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

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 |
| ☐ | EVIDENCIAS INFORME 2 JUNIO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip | EVIDENCIAS INFORME 2 JUNIO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Laura Geraldine Amado Salas
Cc. 1014215802