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**
	29	08	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD CTO 0988 del 15 de abril de 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20248007016019 42E

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 agosto al 29 de agosto 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 Se realizaron las planeaciones y se ejecutaron las sesiones de clase según las orientaciones operativas, pedagógicas y psicosociales establecidas por el proyecto para el centro de interés patinaje en la IED asignada. Se registra la asistencia correspondiente de los escolares del colegio Abel Rodriguez Cespedes IED en la plataforma SIM. EVIDENCIA Reporte SIM, Planeación de clase. UBICACIÓN Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución del contrato del SECOP Drive de evidencias informe Agosto 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	ACTIVIDADES Para la participación de los estudiantes de la IED Abel Rodriguez Cespedes en los centros de interés, se solicita a los padres/acudientes que se realice la firma de compromiso de participación, en el que se pide informar de cualquier condición medica o diagnostica antes del inicio de actividades. Por el momento no se ha presentado novedad alguna sobre la participación de los estudiantes,

en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	sin embargo, se está pendiente de cualquier novedad que pueda surgir. EVIDENCIA Formatos de compromiso participación centros de interés. UBICACIÓN Los formatos de los estudiantes reposan en la carpeta del centro de interés en la oficina de coordinación académica de la IED
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 Por el momento no se ha identificado ni reportado estudiantes, sin embargo, se tiene en cuenta que es de gran importancia el proceso de observación de los escolares en la IED Abel Rodriguez Cespedes que participan del centro de interés patinaje, para determinar o identificar si cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente semilleros deportivos, para así realizar las diferentes valoraciones, para poder referirlos 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	ACTIVIDADES Asistí y participe en las sesiones de fortalecimiento y en los eventos desarrollados durante el mes de agosto de 2024. 8 de agosto: reunión operativa presentación gestor IED Daniel Rojas. 21 agosto: Jornada Pedagógica IED Abel Rodriguez 23 agosto: Reunión Operativa seguimiento SIM y objetivos de cobertura, organización para actividades de presentación en la institución. 23 agosto: cualificación pedagógica y psicosocial. EVIDENCIA Listados de divulgación, actas de reunión.

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)

Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	UBICACIÓN Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución de contrato plataforma SECOP Drive de evidencias informe agosto 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 Durante el periodo de gestión adopte todas las medidas necesarias para evitar cualquier conflicto de interés. EVIDENCIA Reporte SIDEAP documento conflicto de interés. UBICACIÓN Las evidencias se encuentran en el punto 7 de ejecución de contrato plataforma SECOP. Drive de evidencias informe agosto 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.



Firma Contratista
Laura Geraldine Amado Salas
CC 1.014’215.802

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

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

DURANTE EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACION AIGNADAS

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
VB JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
GESTOR IED - IDRD
CC 79403311 – 26/8/24

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 <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**					
	Número de planilla	1064756653	Fecha de pago	1/08/2024	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. 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	**<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 $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 **29** MM **8** AA **2024**

FIRMA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-01, 11:09:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064756653

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

PAGADO 01/08/2024

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 AFP	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	$ 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.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-08-26, 09:23:55 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065514123 **Referencia pago(PIN)** 8810561083

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

Cliente:

PAGADA 2024-08-24 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA GERALDINE AMADO SALAS				
Documento	CC 1014215802	**Dirección**	CRA 74 B # 66 - 55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142024836		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014215802		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					AMADO SALAS LAURA GERALDINE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0					$ 1.300.000	230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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!

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

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

Fecha de Impresión:	08/25/2024 21:02:06	**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	LAURA GERALDINE AMADO SALAS	COORDINADOR	JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
FECHA REVISIÓN	2024-08-24 12:58:23	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ABEL RODRIGUEZ CES	COLEGIO ABEL RODRIGUEZ CESPEDES (IED),	1	**Lunes,12:30:00,14:30:00** 5-12-26 **Miercoles,12:30:00,14:30:00** 14-28	5-12-14		26	18
	COLEGIO ABEL RODRIGUEZ CESPEDES (IED),	3	**Jueves,12:30:00,14:30:00** 1-8-15-22-29 **Martes,12:30:00,14:30:00** 13-20-27	1-8-13-15-20-22			
	COLEGIO ABEL RODRIGUEZ CESPEDES (IED),	2	**Lunes,14:30:00,16:30:00** 5-12-26 **Miercoles,14:30:00,16:30:00** 14-28	5-12-14			
	COLEGIO ABEL RODRIGUEZ CESPEDES (IED),	4	**Jueves,14:30:00,16:30:00** 1-8-15-22-29 **Martes,14:30:00,16:30:00** 13-20-27	1-8-13-15-20-22			

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

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

blank

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	
Pago 001	Pago 001	19 días de tiempo transcurrido *(6/08/2024 4:06:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

blank

	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
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 4 JULIO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	EVIDENCIAS INFORME 4 JULIO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MAYO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	INFORME MAYO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	INFORME JUNIO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JULIO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	INFORME JULIO 2024 IDRD-CTO-0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 5 AGOSTO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	EVIDENCIAS INFORME 5 AGOSTO CPS 0988-2024 AMADO SALAS LAURA GERALDINE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Fecha de solicitud original: 2024-08-27 21:55:13

EL ALMACENISTA GENERAL DEL INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE – IDRD –

CERTIFICA

Que, una vez revisado en el módulo de Activos Fijos del Sistema de Información Administrativo y Financiero **SEVEN** del Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD, el Almacenista General de la Entidad certifica que el(la) señor(a): **LAURA GERALDINE AMADO SALAS**. identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1014215802**, no tiene, ningún elemento o activo, bajo su cargo.

Se expide el presente certificado de cumplimiento de entrega de bienes por parte de contratistas a solicitud del peticionario con el fin de realizar los trámites administrativos correspondientes con motivo de la **TERMINACIÓN O CESIÓN DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN No. IDRD-CTO-0988-2024**.

Presente certificación, firmada en **Bogotá D.C.** a los **27** días del mes de **agosto** de **2024**.

NOTA: Lo anterior en cumplimiento con lo previsto en el Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el manejo y control de los bienes en las Entidades de Gobierno Distritales, adoptado mediante la Resolución No. 001 del 30 de septiembre de 2019 expedida por la Secretaria de Hacienda de Bogotá.



GONZALO RODRÍGUEZ MORA
ALMACENISTA GENERAL 215-08

La autenticidad de este documento se puede validar a través del enlace inferior.
O escaneando el código QR desde un dispositivo móvil.

Código de verificación: ALM-3BD4GfDss

https://portalcontratista.idrd.gov.co//es/validar-documento?validate=ALM-3BD4GfDss