INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	8		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	6	12	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 1897 – 2024 20/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602961E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1012378505	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES (15) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(18.616.000) DIESIOCHO MILLONES SEISIENTOS DIESICEIS MIL PESOS M/CTE	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	30 DE MAYO 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)	5 AL 14 DE OCTUBRE DE 2024 (10 DIAS) 7 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 19 DE ENERO DEL 2025 (43) DIAS	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	7 DE FEBRERO DE 2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	1 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 6 DE DICIEMBRE 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, (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: 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 cumple con esta obligación debido a que se ejecutaron vacaciones recreo deportivas en el parque San Andrés con los escolares de la IED LAUREANO GOMEZ en la semana del 2 de diciembre al 6 de diciembre. **EVIDENCIAS:** ACTA **UBICACIÓN:** SECOP II N° 7 evidencias informe 8 diciembre 2024 Cps 1897 - 2024 /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	**ACTIVIDADES:** este proceso se realizó antes de finalizar las sesiones del centro de interés, debido que era prioridad dar cumplimiento a esta obligación.

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.	**EVIDENCIA**: carpeta de documentos ubicada en la IED TECNICO - INSDUSTRIAL LAURENO GOMEZ UBICACIÓN: SECOP II N° 7 evidencias informe 8 diciembre 2024 Cps 1897 - 2024 /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 dio cumplimiento a esta obligación ya que al gestor IED se le envió los correos respectivos con los alumnos que cumplían con las condiciones para pertenecer a semilleros **EVIDENCIA**: se envio correo a Gestor IED **UBICACIÓN:** SECOP II N° 7 evidencias informe 8 diciembre 2024 Cps 1897 - 2024./obligación 3.
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 lamisión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de losescenarios 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 dio cumplimiento a esta obligación respetando los lineamientos establecidos por la entidad**.** **REUNIONES** • **2 de diciembre de 2024** **Horario: 14:30 a 15:30** **Lugar: GOOGLE MEET** **Tema: reunión informativa informes con operativa gestor IED** **EVIDENCIA:** ACTAS **UBICACIÓN:** SECOP II N° 7 evidencias informe 8 diciembre 2024 Cps 1897 - 2024 / 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	**ACTIVIDADES:** Se tomaron todas las medidas necesarias cuya finalidad dieran como cumplimiento evitar cualquier tipo de conflicto de intereses, manteniendo a cabalidad toda la confidencialidad dada para uso de los escenarios, información brindad por los estudiantes que participan en la jornada escolar complementaria y que están a mi cargo. Adicionalmente en cumplimiento de las leyes y con el fin de resguardar el interés general propio de la función pública y

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

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.	que este no entré en conflicto con mi interés particular, presente la declaración conflicto de interés que se encuentra en el sideap y me comprometo a informar a quien corresponda, de los eventos o situaciones, potenciales o reales, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. EVIDENCIAS: formato declaración conflicto de interese diligenciada en el Sideap. (archivo pdf). UBICACIÓN: SECOP II N° 7 evidencias informe 8 diciiembre 2024 Cps 1897 - 2024./obligación 5

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCION DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 238.900
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 305.800
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 46.900
	TOTAL	$ 591.600

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 Iván López Hernández
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión

Firma Contratista
Jhonatan Sepulveda
1012378505

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

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

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
N° de Identificación: 80.240.522
Cargo: 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	**SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN**								
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1012378505**	**N° contrato**	**1897-2024**	
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	**9478612597**	Fecha de pago	6/12/2024	Valor pagado	$ 592.600,00
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 238.900,00**		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 305.800,00**	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**46.600,00**		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 $		

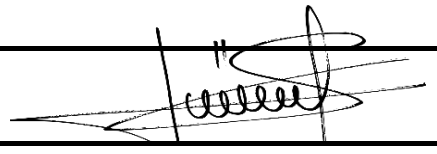
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	SI		NO	**x**
10	Pago medicina prepagada 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 **6** MM **12** AA **2024**



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106392545	9478612597	I	2024/12/03	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	3	$592,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,911,000	$305,800			$1,911,000	$238,900			$0	$0			$1,911,000	$46,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,911,000	$305,800			$1,911,000	$238,900			$0	$0			$1,911,000	$46,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,911,000	$305,800			$1,911,000	$238,900			$0	$0			$1,911,000	$46,600		$0	$0
1	CC 1012378505	SEPULVEDA JHONATAN	25-14	30	$1,911,000	$305,800	EPS008	30	$1,911,000	$238,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,911,000	$46,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,911,000	$305,800			$1,911,000	$238,900			$0	$0			$1,911,000	$46,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1106392545	9478612597	I	2024/12/03	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	3	$592,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$305,800	$700	$0	$306,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$305,800	$700	$0	$306,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,600	$100	$0	$46,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$46,600	$100	$0	$46,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,900	$500	$0	$239,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$238,900	$500	$0	$239,400
TOTAL				1	$591,300	$1,300	$0	$592,600

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1106465810	9478614520	I	2025/01/03	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1012378505	SEPULVEDA JHONATAN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1106465810	9478614520	I	2025/01/03	2024/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CRP CTO 1897-2024.pdf	CRP CTO 1897-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ARL 1897-2024.pdf	ARL 1897-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 1 JUNIO CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 1 JUNIO CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1897-2024 SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN-1.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1897-2024 SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Copia de SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN - JUNIO 2024 .pdf	Copia de SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN - JUNIO 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 2 JULIO CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 2 JULIO CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME AGOSTO CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME AGOSTO CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME SEPTIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME SEPTIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 6 OCTUBRE CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 6 OCTUBRE CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 7 NOVIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 7 NOVIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 8 DICIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 8 DICIEMBRE CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Rodrigo Iván López Hernández
Gestor IED
Apoyo a la Supervisión

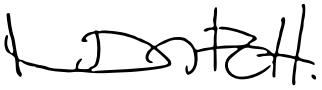
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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	1012378505
NOMBRES	JHONATAN
APELLIDOS	SEPULVEDA QUEVEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
Apoyo a la supervision

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	04/01/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/06/2024 19:37:42	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

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