ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**Mm**	**aa**
	30	06	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1104 1 de Junio de 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208007017000033E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.016.004.654	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (18) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 6.006.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	1 de Junio de 2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	18 de Agosto de 2020	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
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
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	1 al 30 de Junio de 2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

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.).

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Obligaciones específicas	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Apoyar la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	1. **AVANCE:** No se han comenzado las sesiones de clase, ya que, por decisión de la IED, se comenzará la ejecución con estudiantes en el segundo semestre de 2020. Igualmente se han asistido a jornadas de cualificación para la planeación de las actividades a trabajar.
Obligación No. 2: Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.	1. **AVANCE:** Las sesiones de clase no han sido cargadas en el SIM, debido a que no se han comenzado clases, por decisión de la IED de comenzar en el segundo semestre de 2020, se realiza planificación de sesiones de clase en formato Excel, de acuerdo con el plan pedagógico establecido para el centro de interés. 2. **EVIDENCIA:** Formato plan de clase en Excel 3. **UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 2 del informe del mes de Junio.
Obligación No. 3: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	1. **AVANCE:** A la fecha no se han realizado sesiones de clase, debido a que la IED decidió comenzar clases en el segundo semestre de 2020. 2. **EVIDENCIA:** Formato plan de clase en Excel 3. **UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 3 del informe del mes de Junio.
Obligación No. 4: Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	1. **AVANCE:** Cuento con el acceso al SIM plataforma del IDRD, establecida en el primer semestre del 2020.
Obligación No. 5: Elaborar las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto.	1. **AVANCE:** No se han realizado las sesiones correspondientes en el Sistema de Información Misional, debido a que la IED decidió comenzar clases el segundo semestre de 2020, por lo cual se realiza planificación de las sesiones de clase en formato Excel, de acuerdo con el plan pedagógico establecido para el centro de interés.

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

	2. EVIDENCIA: Formato plan de clase en Excel **3. UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 5 del informe del mes de Junio.
Obligación No. 6: Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.	**1. AVANCE:** Las sesiones de clase no han sido elaboradas en la plataforma del SIM, debido a que no se han comenzado las clases por designación de la IED, las cuales comenzaran en el segundo semestre de 2020. Se realizo la respectiva planificación de las sesiones de clase en formato Excel, de acuerdo con el plan pedagógico establecido para el centro de interés. **2. EVIDENCIA:** Formato plan de clase en Excel **3. UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 6 del informe del mes de Junio.
Obligación No. 7: Apoyar la recopilación de 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.	**1. AVANCE:** A la fecha me encuentro en la conformación de los grupos del centro de interés baloncesto para la IED Simón Rodríguez, igualmente en la elaboración de sistemas de recolección de datos donde se puedan determinar los diferentes estados de salud o condiciones médicas.
Obligación No. 8: Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**1. AVANCE:** No se han comenzado las sesiones de clase debido a que la IED designo comenzar en el segundo semestre de 2020, al momento de comenzar las actividades se solicitaron los documentos pertinentes.
Obligación No. 9: Apoyar las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**1. AVANCE:** Durante este periodo se asistieron a las siguientes reuniones: 1. Dia: 1 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Zoom Motivos: Bienvenida, introducción al programa Queda Tec en casa 2. Dia: 2 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Zoom Motivos: Presentación Formadores a la IED Simón Rodríguez. 3. Dia: 4 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet

	Motivos: Componente operativo y pedagógico con la IED Simón Rodríguez. 4. Dia: 5 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Lineamientos objetivo contractual 5. Dia: 10 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Novedades inicio de operaciones IED Simón Rodríguez 6. Dia: 11 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Componente operativo, avances en la implementación del programa Queda Tec en casa. 7. Dia: 12 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Lineamientos del ingreso al SIM, y planes de clases 8. Dia: 18 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Orientaciones semana de receso escolar. 9. Dia: 23 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Aclaración dudas sobre los vides y planes de clase, lineamientos semana de receso escolar. 10. Dia: 24 de junio de 2020 Lugar: Plataforma Meet Motivos: Jornada cualificación componente social. **2. EVIDENCIA:** Actas, pantallazos de reuniones y grabaciones de estas. **3. UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 9 del informe del mes de Junio
Obligación No. 10: Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.	**1. AVANCE:** No se han comenzado clases con los estudiantes, debido a que la IED designo comenzar en el segundo semestre de 2020. Cuando sea pertinente se informará a la gestora IED, y al componente pedagógico los talentos.
Obligación No. 11: Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del	**1. AVANCE:** Hago entrega del certificado del curso de Primer Respondiente con el informe del mes de Junio a la gestora IED.

curso de primer Respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	2. **EVIDENCIA:** Copia del certificado de Primer Respondiente 3. **UBICACIÓN:** Secop carpeta obligación 12 del informe del mes de Junio.
Obligación No. 12: Cumplir con los Lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	1. **AVANCE:** Cumplo con cada uno de los lineamientos propuestos tanto a nivel operativo como formadora, y a nivel pedagógico planificando las sesiones de clase con base a los planes pedagógicos establecidos para el centro de interés baloncesto.
Obligación No. 13: Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.	1. **AVANCE:** A la fecha no se han comenzado clases, debido a que la IED designo comenzar en el segundo semestre de 2020, me encuentro en disposición para la participación de los eventos que se presenten a nivel local, zonal y correspondientes al programa, para el centro de interés de Baloncesto de la IED.
Obligación No. 14: Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	1. **AVANCE:** Dentro del centro de interés se fomentan espacios donde se desarrolla tanto el estado físico como emocional de los estudiantes brindándole la posibilidad de participar en actividades lúdicas y recreativas, así como promover la inclusión de los estudiantes en el centro de interés, según los lineamientos del proyecto.
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.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SURA	$0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$0
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	$0
	TOTAL	$0

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

Firma Contratista

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 JENNIFER CAMACHO.
CC 52813549
GESTORA IED-CONVENIO
APOYO SUPERVISION

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro Gonzalez Cárdenas
N° de Identificación: 79747015
Cargo: Asesor de Dirección General
Código: 105 Grado 02

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 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	Contrato No.	**1104-2020**													
2	Nombre del Contratista	**LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1016004654**							
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**x**	**REGIMEN SIMPLE**			
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**x**		
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**x**		
8	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.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**0,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**0,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	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									SI		NO	**x**		
11	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 (2019). Anexo									SI		NO	**x**		
12	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.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI		NO	**x**		
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**x**		
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**x**		
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**x**		
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**x**

El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios

Lina A Mariño M

FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **6** AA **2020**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

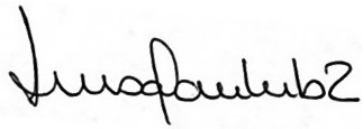
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.016.004.654, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/05/2020 y fecha fin de contrato 13/08/2020 con 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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001015212507.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Mayo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

MEDICAL GLOBAL CENTER SAS
Licencia Salud Ocupacional No. 9606 del 16/09/2011

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN DE: INGRESO

Bogotà, Marzo 19 de 2019 Hora: 9,59 **Control:** 0

DATOS GENERALES

No Identificación: 1016004654 **Paciente:** MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA

Fecha Nacimiento: Agosto 18 de 1987 **Lugar:** BOGOTA **Edad:** 31

Estado Civil: SOLTERO **No Hijos:** 0 **Sexo:** Femenino

Escolaridad: ESPECIALIZACION Y/O POSTGRADO

DATOS LABORALES

Empresa: PARTICULAR **Empresa Misión:** NO APLICA

EPS: SURA **Act.Económica:**

ARP: POSITIVA **AFP:** SEGURO SOCIAL

CARGO: FORMADOR DEPORTIVO

EXAMENES PARACLINICOS

Audiometría: NO APLICA

Visiometría: REALIZADO

Psicometrico: NO APLICA

Espirometría: NO APLICA

Optometría: NO APLICA

Otros: ENFASIS OSTEOMUSCULAR REALIZADO

NO APLICA

CONCEPTO MEDICO: APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

EVITAR ACTIVIDADES QUE REQUERAN CORECTA DIRCRIMINACION VISUAL
EVITAR USO DE HERRAMIENTAS DE CORTE. EVITAR USO DE HERRAMIENTAS QUE GENEREN VIBRACION DIRECTA.

CONTROL DE PESO, ACTIVIDAD FISICACARDIOVASCLAR FRECUENTE. USO DE CORRECION OPTICA PERMANENTE

Uso elementos protección personal indicados para la actividad
Pausas Activas para MMSS
Higiene postural y de columna

OBSERVACIONES

Realizar actividad física, cultura de estilo de vida y hábitos saludables
Examen no valido para porte ni tenencia de armas

Declaración del trabajador. Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicasy permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional.

Dr. Jairo A. Huertas C. MEDICO OCUPACIONAL R.M. 1011112 RESOLUCION 2346		FIRMA DEL PACIENTE
JAIRO ALBERTO HUERTAS		
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL MÈDICO		NOMBRE: MARIÑO MUÑOZ LINA ALEJANDRA
REGISTRO MÉDICO: 1011112		CEDULA: 1016004654
LICENCIA S.O: LO 1348815		



La Secretaría Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

LINA ALEJANDRA MARIÑO MUÑOZ

CC 1016004654

Tomó el curso virtual gratuito

Primer Respondiente, ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor o capacidad de respuesta especializada

20 de Marzo de 2019

SBI-2019660692300

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

IDIGER
Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016004654
NOMBRES	LINA ALEJANDRA
APELLIDOS	MARIÑO MUÑOZ
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	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	CONTRIBUTIVO	30/08/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 06/18/2020 10:33:43 | **Estación de origen:** | 186.84.91.61

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA