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
1279 DEL 28/05/2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208007017001O7E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PEREZ NADER FRANZ MAURICIO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	19.458.642	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR TECNICO DEPORTIVO para la formación integral y deportiva de los niños, niñas, y adolescentes pertenecientes a las Instituciones Educativas del distrito atendidas por el proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS MESES Y 18 DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$ 6´006.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	02/06/2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	19/08/2020	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	Del 02/06/ al 30/06/2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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.

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de esta, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

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.	**Avance: Quedo a la espera de la asignación de IED y respectivo gestor, sin embargo, por medio del grupo de WhatsApp ¨Apoyo llamadas¨ direccionada por Gestor operativo zonal (zona 1) Rodolfo Andrés Pérez Rodríguez, se sirvió de soporte en llamadas y diligenciamiento de encuestas en el SIM de la formadora Jenny Gaona Cuervo del IED Filarmónico Simón Bolívar. Evidencia: Pantallazos de llamadas y de encuestas Ubicación: SIM de la formadora Jenny Gaona**
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.	AVANCE: he venido haciendo apoyo haciendo llamadas del colegio Filarmónico Simón Bolívar Evidencia: secop II
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)	AVANCE: Se ha realizado los planes de clase de acuerdo programa Quédate en casa del centro de interés Patinaje mientras me asignado colegio. Evidencia: drive semanasreseso2020@gmail.com Ubicación :drive semanasreseso2020@gmail.com
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	**Avance**: se cuenta con usuario y clave de la plataforma SIM. desde el 29 de mayo de 2019 soporteescolarc@gmail.com. Para la solicitud del ingreso a la plataforma. **Evidencia: pantallazo de correo** **Secop II**
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.	Avance: Hasta el momento no tengo IED asignado por tal motivo no puedo presentar propuestas a directivos, sin embargo, he hecho los planes de clase del centro de interés de patinaje y he subido a Drive semanasreceso2020@gmail.com. Evidencia: Drive semanasreceso2020@gmail.com Ubicación: Drive semanasreceso2020@gmail.com

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.

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.	Avance: en el momento se han realizado las sesiones de clase correspondientes al centro de interés del convenio, a la solicitud del IDRD por medio del gestor zonal 1. Evidencia: Drive semanasreceso2020@gmail.com Ubicación: Drive semanasreceso2020@gmail.com
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	Avance: Por la falta de asignación de IED no he podido dar avance a esta obligación.
Obligación No. 8. Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	Avance: Por la falta de asignación de IED no he podido dar avance a esta obligación.
Obligación No. s. 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	Avance: Hasta el momento en este contrato no se han presentado encuentros de fortalecimiento o intercambios deportivos o afines. Se inició convocatoria y carnetización. Evidencia: Pantallazo de Whatsapp de invitación y carnetización. Relación de Reuniones Fecha: 01/06/2020 Tema: componente social Lugar: Google Meet Hora: 10:30 a 12:00 Fecha: 01/06/2020 Tema: Retroalimentación videos Lugar: Google Meet Hora: 3:45 a 5:00 Fecha: 05/06/2020 Tema: Cambios estructurales Lugar: Google Meet Hora: 9:30 a 10:30 Fecha: 05/06/2020 Tema: Aspectos orden pedagógico Lugar: Google Meet Hora: 11:00 a 12:00 Fecha: 09/06/2020 Tema: Reunión Operativa Pedagógica Lugar: Google Meet Hora: 2:30 a 3:30 Fecha: 10/06/2020 Tema: llamadas de apoyo Lugar: Google Meet Hora: 7:00 a 8:00 Fecha:16 /06/2020 Tema: Cualificación Olimpismo para niños Lugar: Google Meet Hora: 8:00 a 12:00 Fecha: 18/06/2020 Tema: Grupo Yair González, informativa Lugar: Google Meet Hora: 12:00 a 1:40 Fecha: 19/06/2020 Tema: Grupo Yair González, informativa Lugar: Google Meet Hora: 4:00 a 5:00

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.

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.	Avance: Por la falta de asignación de IED no he podido dar avance a esta obligación.
Obligación No. 11. Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del 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.	Avance: se entrega en este informe El certificado de primer Respondiente. Evidencia: Enviado a Raquel pulido el 28 de mayo 2020. Ubicación: secop II
Obligación No. 12. Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	Avance: en la ejecución de este contrato se ha cumplido con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente del centro de del centro de interés de patinaje, por medio de las sesiones de clase de los ciclos 1,2 y 3,4 de cualquier IED. **Evidencia: Drive semanasreceso2020@gmail.com** **Ubicación: Drive semanasreceso2020@gmail.com**
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.	Avance: desde la fecha inicio de mi contrato 2 de junio 2020, no se han realizado eventos locales, distritales, nacionales o internacionales.
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.	**Evidencia**: se desarrollan las sesiones de clase de acuerdo con las dimensiones motora, cognitiva, psicosocial, y lúdicas propuestas por el componente pedagógico en el sistema misional SIM. Evidencia: Drive semanasreceso2020@gmail.com Ubicación: Drive semanasreceso2020@gmail.com

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.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	0.00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	0.00
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	0.00
	TOTAL	0.00

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:

Se verifican las actividades realizadas en el informe y se da VoBo

Teniendo en cuenta sus obligaciones contractuales



Andres Perez Rodriguez
CC 80.814.925 Bta
Zonal Operativo TEC



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ 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.	**1279 2020**												
2	Nombre del Contratista	**FRANZ MAURICIO PEREZ NADER**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**19458642**						
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

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

FIRMA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 19458642-8207

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/03/2019 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO		
Paciente:	FRANZ MAURICIO PEREZ NADER	**Identificación:**	19458642		
Género	MASCULINO **Edad:** 58	**Teléfono**	0	**Móvil:**	3046323382
Fecha Nacimiento:	29/07/1960	**Cargo:**	FORMADOR DEPORTIVO		
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	FAMISANAR		
Dirección	CRA 81 I # 52 A 21 SUR	**ARL:**	NO REPORTA		
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**AFP:**	NO REPORTA		
Empresa	PARTICULAR				

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	PAUTAS DE HIGIENE VISUAL ; USO RX OPTICA PERMANENTE ; INGRESAR SVE , USO FILTRO U V , CONTROL ANUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	HIGIENE POSTURAL, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR MOVILICE CARGAS CON EL PESO ADECUADO PARA SU IMC Y SU CONDICION FISICA O PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN POSTURAS FORZADAS SOSTENIDAS O MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi estan completas y son veridicas. Firmo para constancia.

JIM R. SANCHEZ B.
CRC Médico Cirujano
R.M. 79.762.200 - S.S.P.

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT. 900.708.180 - 2
Cra. 81 # 52B - 36 Sur
Tel. 713 86 36 - 561 43 85

JIM ROGER SANCHEZ BENAVIDEZ 26 04/01/2019 79762200
Médico Especialista en Salud Laboral

FRANZ MAURICIO PEREZ NADER 19458642
Firma y cédula del Paciente

Scanned with CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

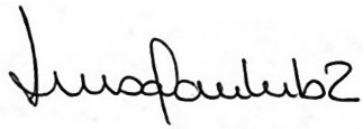
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FRANZ MAURICIO PEREZ NADER, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.458.642, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/05/2020 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): 202001015206990.

Esta certificación se expide a los 28 días del mes de Mayo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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	19458642
NOMBRES	FRANZ MAURICIO
APELLIDOS	PEREZ NADER
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Andres Perez Rodriguez
CC 80.814.925 Bta
Zonal Operativo TEC

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	27/06/2005	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/17/2020 14:25:10	Estación de origen:	2800:484:3a81:3760:40f9:e0d7:4923:6e10

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	ARL-CTO-1279-2020.pdf	ARL-CTO-1279-2020.pdf	Comprador	Descargar
☐	CRP 6180.pdf	CRP 6180.pdf	Comprador	Descargar
☐	EVIDENCIAS MES DE JUNIO.zip	EVIDENCIAS MES DE JUNIO.zip	Proveedor	Descargar
☐	BASE J.E BACHILLERATO IDRD SIMÓN BOLÍVAR PROFE FRANZ PEREZ NADER 2020.pdf	BASE J.E BACHILLERATO IDRD SIMÓN BOLÍVAR PROFE FRANZ PEREZ NADER 2020.pdf	Proveedor	Descargar
	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf (Archivado)	CERTIFICADO PRIMER RESPONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar
☐	J.E PRIMARIA IDRD. SIMÓN BOLÍVAR PROFESOR FRANZ PEREZ NADER.pdf	J.E PRIMARIA IDRD. SIMÓN BOLÍVAR PROFESOR FRANZ PEREZ NADER.pdf	Proveedor	Descargar

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Andres Perez Rodriguez
CC 80.814.925 Bta
Zonal Operativo TEC