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.	01		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	30	06	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1289-29-05-2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1024519514	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	04/06/2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	21/08/2020	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	04/06/2020 – 30/06/2020	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.	Avance: No se realizó ningún apoyo a la formación integral y deportiva de los usuarios por no se ha asignado institución educativa. Evidencia: Se espera asignación de institución educativa Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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: Se está construyendo las sesiones de clase para ser revisadas por gestor IED para luego ser presentadas al apoyo y a la supervisión del SIM Evidencia: Construcción de documento drive con modificaciones semanalmente Ubicación: Documento Drive correo compartido con el gestor ied
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: No se ejecutaron las sesiones de clase con sus respectiva preparación, ejecución y acompañamiento; de acuerdo a las necesidades y características de los estudiantes por no se a asignado institución y los grupos de estudiantes a impactar Evidencia: se espera asignación de institución y estudiantes Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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: Ya se tiene la clave y el usuario para el sistema de información misional Evidencia: acceso a la plataforma SIM Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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: Se está elaborando las sesiones de clase por medio de un documento drive para luego subirlas al SIM cuando sean revisadas y ajustadas según los parámetros establecidos por el proyecto y se autorice su planificación en el SIM. Evidencia: Creación de sesiones de clases semanales Ubicación: Documento drive manejado por el gestor IED
Obligación No. 6: Elaborar la planeación y	Avance: No se realizó la elaborarán y planearán las sesiones de clase en el SIM de manera

<table>
<tr><td>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.</td><td>quincenal los dos primeros días de calendario de cada quincena. Por qué no se asignado institución y no se tiene grupos registrados en la plataforma sim.
Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia
Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Avance: No se apoyó la recopilación de los antecedentes y condiciones médicas de los estudiantes por que no se ha signado institución y tampoco grupos de estudiantes.
Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia
Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 8: Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.</td><td>Avance: No se recopilo las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés porque no se asignado colegio y tampoco estudiantes.
Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia
Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Avance: Se apoyará las actividades programadas por el IED, el IDRD o la SED a nivel técnico, operativo o administrativo cuando sea necesario.
Evidencia: Asistencia activa a las reuniones programadas por medio virtuales Meet

<table><tr><td>Fecha</td><td>Actividad programada</td></tr><tr><td>10/06/2020</td><td>Articulación</td></tr><tr><td>11/06/2020</td><td>Gerencia general</td></tr><tr><td>18/06/2020</td><td>Pedagógica grupo 1</td></tr><tr><td>23/06/2020</td><td>Operativa realización de las obligaciones contractuales sesiones de clase y videos</td></tr><tr><td>24/06/2020</td><td>Pedagógica el olimpismo</td></tr></table>
Ubicación: carpeta adjunta obligación 9</td></tr>
<tr><td>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</td><td>Avance: No se Llevó un registro de los estudiantes de los centros de interés por que no se han asignado estudiantes y desde luego institución educativa para identificar los posibles</td></tr>
</table>

proyecto y remitirlos al profesional IED.	estudiantes que cumplen con condiciones para entrenamientos en el proyecto semilleros que serán remitidos al profesional IED. Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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 tiene vigente el certificado de primer respondiente se hace entrega antes de firmar acta de inicio y entrega en el primer informe Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia Ubicación: carpeta adjunta obligación 11
Obligación No. 12: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	Avance: se cumplirá con los lineamientos determinados operativamente y pedagógicamente en el centro de interés asignado. Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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: No participo en ningún evento local, distrital, nacional o internacional por que no fueron asignados para la representación de la entidad y no se ha determinado ni estudiantes ni institución educativa. Evidencia: Para esta obligación no existe evidencia Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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.	Avance: No se promovió las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED participantes del centro de interés direccionados por las guías establecidas en el SIM ya que no se cuenta con estudiantes ni institución educativa asignada. Evidencia: se observa material incluido en el SIM como medio de poyo en la ejecución de esta obligación

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.

	Ubicación: Para esta obligación no existe ubicación
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	FAMISANAR	$0,00
PAGO APORTES PENSIÓN	PROTECCIÓN	$0,00
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	$0,00
	TOTAL	$0,00

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

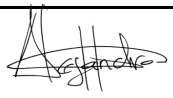


Firma Contratista

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



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS
N° de Identificación: 79747015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Andres Perez Rodriguez
CC 80.814.925 Bta
Zonal Operativo TEC

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.	**1289-2020**													
2	Nombre del Contratista	**RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO**													
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1024515514**							
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



FIRMA

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000103119

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

n : COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 05/12/2018 10:11:02

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO **C.C** 1024519514

EDAD 27 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** DOCENTE



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

VALORACION CIRUGIA GENERAL EPS / INGRESAR SVE MANUAL DE CARGAS / EVITAR CARGAS MAYORES A 15 KG DE PESO
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 13335/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA
Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **18/03/2019**

Doc. Identidad **CC** Nombre **RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO** Fecha Nacimiento. **07/07/1991**
Entidad **INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE** Edad **27 años** Ocupación **FORMADOR DEPORTIVO**
H.C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa INSTITUTO DISTRITAL DE Cargo FORMADOR DEPORTIVO Antiguedad del cargo
Fondo de Pensiòn NO TIENE EPS ARL NO TIENE

ANAMNESIS

Último Examen Visual Usa anteojos: SI ( ) NO (X) VL ( ) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente ( ) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático (X) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos ( ) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares

AGUDEZA VISUAL

CC	VL	VP	SC	VL	VP
OD				20/20	20/20
OI				20/20	20/20
AO					

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	(X)	(X)
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros:		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **ORTHO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **N** Versiones: **N** PPC:**4CM**

INTERPRETACION

	OD	OI
No requiere corrección óptica	(X)	(X)
Defecto refractivo adecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	40" ARCO	
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )		

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	(X)	(X)
Ametropía	( )	( )
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría (X)
Otras:

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
H111 DEGENERACIONES Y DEPOSITOS CONJUNTIVALES

CONCEPTO

( ) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES

Dra. Paola A. Arenas P.
Optómetra Especialista
Salud Ocupacional
Lic. SO. 1503-2017

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

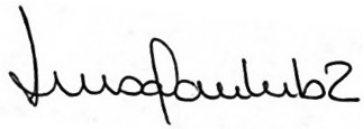
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor RONALD STIVEN MONCADA CAICEDO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.024.519.514, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 30/05/2020 y fecha fin de contrato 15/08/2020 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): 202001016167980.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Junio 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	1024519514
NOMBRES	RONALD STIVEN
APELLIDOS	MONCADA CAICEDO
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	SALUD TOTAL S.A.	CONTRIBUTIVO	19/11/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/19/2020 09:41:12	Estación de origen:	186.154.36.135

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	
☐	CRP 6311.pdf	CRP 6311.pdf	Comprador	Descargar
☐	ARL-1289.pdf	ARL-1289.pdf	Comprador	Descargar
☐	1. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JUNIO 2020.zip	1. EVIDENCIAS CPS 1289 2020 MONCADA CAICEDO RONALD STIVEN JUNIO 2020.zip	Proveedor	Descargar

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



Andres Perez Rodriguez
CC 80.814.925 Bta
Zonal Operativo TEC