

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<b>INFORME No.</b>	2		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>dd</b>	<b>Mm</b>	<b>Aa</b>
	30	10	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
<b>0294 DEL 04-04-2024</b>
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PRADA MOYANO NATALY ROCIO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1014207937	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL (\$11.456.000) M/Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	04-04-2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	09 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024 (175 DAS) 05 AL 14 DE OCTUBRE DE 2024 (10 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACION	18-03-2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 01 AL 04 Y DEL 15 AL 30 DE OCTUBRE DEL 2024	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

### 2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
<p>Obligación No. 1:</p> <p>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.</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Se crearon los grupos asignados para el centro de interés de Balonmano de la IED LAUREANO GOMEZ con los horarios y escenarios a operar, se planeo y cargo al Sistema de Información Misional las sesiones de clase para el presente periodo de actividades de igual forma se subió asistencia dentro de los horarios definidos para tal fin.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> REPORTE SIM.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Carpeta de evidencias Secop II numeral 7, evidencias Informe # 02 OCTUBRE CTO 0294-2024.</p>

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<p>Obligación No. 2:</p> <p>Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Durante este periodo de actividades he sido informada por parte de la IED LAUREANO GOMEZ de las condiciones especiales de algunos estudiantes para tener en cuenta durante las clases. sin embargo, también estoy atenta por si se presenta alguna novedad o se requiere de un manejo diferente.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Documentos de condiciones médicas y de entidades promotoras de salud de los estudiantes asignados, Documento de caracterización de los estudiantes con necesidad diferentes.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Carpeta de evidencias Secop II numeral 7, evidencias Informe # 02 OCTUBRE CTO 0294-2024. Reposan en Carpetas de documentos de la Institución Educativa Laureano Gómez.</p>								
<p>Obligación No. 3:</p> <p>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.</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Durante el presente periodo se continua en el proceso de observación y análisis de las habilidades en los niños y niñas para el balonmano, aunque sobresalen algunos estudiantes estoy realizando algunas pruebas durante las sesiones para reportar más adelante estos casos especiales. Pese a que este centro de interés no cuenta con el programa de semilleros para ser remitidos.</p>								
<p>Obligación No. 4:</p> <p>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</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Durante este periodo de actividades, se participó de las siguientes actividades y reuniones que han sido programadas por la IED y el Gestor Iván López.</p> <table border="1" data-bbox="711 1738 1318 1860"> <thead> <tr> <th>ACTIVIDAD</th> <th>DIA</th> <th>DESCRIPCION</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>REUNION OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ</td> <td>04-10-2024</td> <td>SALUDO PRERSENTACION. REVISION SIM</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>	ACTIVIDAD	DIA	DESCRIPCION		REUNION OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ	04-10-2024	SALUDO PRERSENTACION. REVISION SIM	Y
ACTIVIDAD	DIA	DESCRIPCION							
REUNION OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ	04-10-2024	SALUDO PRERSENTACION. REVISION SIM	Y						

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<p>comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	<p>REUNION OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ</p>	<p>18-10-2024</p>	<p>PRESENTACION INFORMES Y PAGOS OCTUBRE</p>
	<p>CUALIFICACION PSICOSOCIAL ZONA 2</p>	<p>18-10-2024</p>	<p>CAPITULO 3 "INCLUSION Y DIFERENCIA EN EL MARCO DE LA PRACTICA DEPORTIVA"</p>
	<p>REUNION OPERATIVA IED LAUREANO GOMEZ</p>	<p>25-10-2024</p>	<p>REVISION SIM VARIOS</p>
<p><b>EVIDENCIAS:</b> Actas y listado de divulgación</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Carpeta de evidencias Secop II numeral 7, evidencias Informe # 02 OCTUBRE CTO 0294-2024.</p>			
<p>Obligación No. 5:</p> <p>El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, "por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte- IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Se adoptaron todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses en términos de cordialidad y comunicación asertiva para que no se vea comprometida la ejecución objetiva del Contrato.</p> <p><b>EVIDENCIA:</b> Formato diligenciado en el SIDEAP.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> Carpeta de evidencias Secop II numeral 7, evidencias Informe # 02 OCTUBRE CTO 0294-2024.</p>		
<p>Obligación No. 6:</p> <p>Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales,</p>	<p><b>ACTIVIDAD:</b></p> <p>Estoy atenta al manejo de las herramientas como Google Meet de forma virtual para las reuniones con el Gestor</p>		

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<p>tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, “puede ser redes sociales” los eventos que realice la entidad.</p>	<p>IED, cualificaciones sociales y demás reuniones que sean proyectadas por el IDRD, así como el uso del paquete ofimático para la planeación de eventos proyectados por la IED o el IDRD. Comparto en mis redes sociales los eventos que planea la entidad para la masificación de estos.</p>
<p><b>Declaración:</b> 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.</p>	

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	31.700
<b>TOTAL</b>		<b>402.000</b>

### 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.



Firma Contratista  
NATALY ROCIO PRADA MOYANO  
C.C. 1.014.207.937



Rodrigo Iván López Hernández  
Gestor IED  
Apoyo a la Supervisión  
cc 79883293

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

EN EL PRESENTE PERIODO LA CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS



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**  
(Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional )

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del párrafo 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	PRADA MOYANO NATALY ROCIO						
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1014207937	N° contrato	IDRD-CTO-0294-2024
3	Responsable del impuesto a las ventas	SI					NO	X
4	Pertenece al Régimen 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
<b>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.</b>								
7	Número de planilla	80210043	Fecha de pago	7/10/2024	Valor pagado	\$	402.200,00	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$	162.500,00	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$	208.000,00		
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	31.700,00	Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención en la fuente					
<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>								
8	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
<b>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 mí.</b>								
De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podrá 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))							#	1
11	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo	SI	X				NO	
	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 (párrafo 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  MM  AA



FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014207937	NATALY ROCIO PRADA MOYANO		Carrera 87a # 69a-78	3004881040	mujermariposa22@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80210043	\$402.200	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0	0	208.000	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>402.200</b>	<b>402.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014207937	NATALY ROCIO PRADA MOYANO		Carrera 87a # 69a-78	3004881040	mujermariposa22@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-09	2024-09	\$402.200				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cotiz. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1014207937	PRADA MOYANO NATALY ROCIO	59	0	N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	NATALY ROCIO PRADA MOYANO			COORDINADOR	RODRIGO IVAN LOPEZ HERNANDEZ		
FECHA REVISIÓN	2024-10-20 21:11:32			Mes	Octubre		
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	1	<b>Miercoles,09:00:00,11:00:00</b> 2-16-23-30 <b>Lunes,09:00:00,11:00:00</b> 21-28	16	2	27	6
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	2	<b>Miercoles,12:00:00,14:00:00</b> 2-16-23-30 <b>Lunes,12:00:00,14:00:00</b> 21-28	16	2		
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	3	<b>Martes,09:00:00,11:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,09:00:00,11:00:00</b> 3-17-24-31	15-17	1-3		
	LAUREANO GOMEZ, BACHUE,	4	<b>Martes,12:00:00,14:00:00</b> 1-15-22-29 <b>Jueves,12:00:00,14:00:00</b> 3-17-24	15-17	1-3		

  
 Rodrigo Iván López Hernández  
 Gestor IED  
 Apoyo a la Supervisión  
 cc 79883293

## 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	1014207937
NOMBRES	NATALY ROCIO
APELLIDOS	PRADA MOYANO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

  
 Rodrigo Iván López Hernández  
 Gestor IED  
 Apoyo a la Supervisión  
 cc 79883293

#### Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	27/06/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 10/21/2024 00:13:52 | Estación de origen: 2801:12:c800:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)