

## 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>	1		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	30	5	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
IDRD -CTO - 1609 del 08 de mayo del 2024
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MORENO ORJUELA JOHOBANY RODRIGO	Registre nombre y apellidos completos
Nº DE IDENTIFICACIÓN	1.003.923.245	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	CIENTO VEINTE DIAS (120)	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$11´456.000,	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17 de mayo del 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)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	16 – 09 - 2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 17 de mayo al 30 de mayo 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><b>Obligación No. 1:</b> 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>Actividades:</b> Para el periodo en mención Se realizo el apoyo a sesiones de clase de futbol en los horarios de martes a viernes de 9:00 am a 11:00 am y de 1:00 pm a 3:00 pm con los diferentes grupos del IED.</p> <p><b>Evidencias:</b> Acta de operatividad, malla curricular y plan pedagógico.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOPII: Evidencias informe N° 1, mes MAYO — 2024 CPS 1609 de 2024/ Obligación 1.</p>
<p><b>Obligación No. 2:</b> 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</p>	<p><b>Actividades:</b> Dentro de la IED Alfredo Iriarte se cuenta con la documentación mencionada en dicha obligación y reposa en una capeta dentro de la institución, la cual es llevada por los docentes acompañantes de la misma institución en las jornadas donde se imparte la sesión.</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>lleguen 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>Obligación No. 3:</b> 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>Actividades:</b> Durante este periodo contractual del mes de mayo del 2024, No se realiza ningún reporte de escolares que cumplan con las condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos, en el momento que sean identificados se informara al gestor IED -IDRD. Se está en proceso de formación de las habilidades motrices básicas enfocadas al futbol.</p>								
<p><b>Obligación No. 4:</b> Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con 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><b>Actividades:</b> durante el periodo en mención se apoya y asiste a las siguientes actividades:</p> <table border="1" data-bbox="792 1073 1479 1255"> <thead> <tr> <th>FECHA Y HORA</th> <th>LUGAR</th> <th>TEMAS</th> <th>Nombre quien convoca</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>21-05-24 12:00 M</td> <td>REUNIÓN presencial IED Alfredo Iliarte.</td> <td>- indicaciones generales Y presentación del formador.</td> <td>Jhony Cuellar</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Evidencias:</b> Actas de reunión.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOPII: Evidencias informe N° 1, mes MAYO — 2024 CPS 1609 de 2024/ Obligación 4.</p>	FECHA Y HORA	LUGAR	TEMAS	Nombre quien convoca	21-05-24 12:00 M	REUNIÓN presencial IED Alfredo Iliarte.	- indicaciones generales Y presentación del formador.	Jhony Cuellar
FECHA Y HORA	LUGAR	TEMAS	Nombre quien convoca						
21-05-24 12:00 M	REUNIÓN presencial IED Alfredo Iliarte.	- indicaciones generales Y presentación del formador.	Jhony Cuellar						
<p><b>Obligación No. 5:</b> El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo</p>	<p><b>Actividades:</b> Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses para que no se vea comprometida la ejecución objetiva 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)

<p>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>Evidencias:</b> Formato declaración conflicto de interés.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOPII: Evidencias informe N° 1, mes MAYO — 2024 CPS 1609 de 2024/ Obligación 5.</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

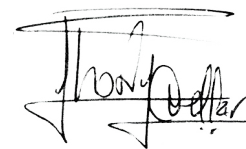
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	\$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	\$ 0
	<b>TOTAL</b>	\$ 0

### 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.

Johobany moreno

\_\_\_\_\_  
Firma Contratista



V.º B.º Jhony Mauricio Cuellar Romero  
CC: 80.210.342 BTÁ  
Gestor IED – IDRD  
Jornada Escolar Complementaria

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

El contratista cumple con el objeto del contrato para el periodo en mención

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RENE TORRES

\_\_\_\_\_  
Vo Bo Supervisor del contrato  
Nombre: William Rene Torres Agudelo  
CC 80.240.522  
Asesor Código 105 Grado 01  
Gerente Proyecto JEC.

**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	MORENO ORJUELA JOHOBANY RODRIGO							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1,003,923,245	N° contrato	1609 - 2024	
3	Responsable del impuesto a las ventas						SI	NO	X
4	Pertenece al Regimen Simple						SI	NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)						SI	NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800						SI	NO	X
7	<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>								
	Número de planilla			Fecha de pago		Valor pagado	\$	-	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		\$	-	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$		-	
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		0.00	Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención en la fuente					
8	<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>								
	AFC \$			Ahorro Voluntario Pensión \$					
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo						SI	NO	X
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2023). Anexo						SI	NO	X
11	<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 mi.</b>								
	<b>De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes ( si no tiene dependientes colocar (0))</b>							#	1
	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
	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
	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
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	
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 30 MM 5 AA 2024

Johobany moreno

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **53792751**

NUIP **1.077.321.097**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura   Notaria  Número  Cantón  Corregimiento  Inspección de Policía  Código  X 7

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía  
**REGISTRADURIA DE TOPAIPI - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - TOPAIPI**

Datos del inscrito  
Primer Apellido **MORENO** Segundo Apellido **FORERO**

Nombre(s) **MATHIAS**

Fecha de nacimiento Año **2016** Mes **A** Día **11** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor Rh **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)  
**COLOMBIA CUNDINAMARCA TOPAIPI**

Tipo de documento antecedente a Declaración de Testigo  
**CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **529880692**

Datos de la madre Apellidos y nombres completos  
**FORERO MUÑOZ ALBA YESENIA**

Documento de identificación (Clase y número) **TI 990408-11016** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del padre Apellidos y nombres completos  
**MORENO ORJUELA JOHOBANY RODRIGO**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.003.923.245** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante Apellidos y nombres completos  
**MORENO ORJUELA JOHOBANY RODRIGO**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.003.923.245** Firma **Johobany Moreno**

Datos primer testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año **2016** Mes **M** Día **11** Nombre y firma del funcionario que autoriza

**ALMANCO MONTAÑO HERNANDEZ - REG 5**  
Nombre y firma

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

**REGISTRADURIA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL  
CUNDINAMARCA**

ESPACIO PARA NOTAS

Es hel copia firmada de su original de conformidad con el artículo 115 del decreto ley 1260 de 1970

Folio **53792751** tomo **2016**  
Fecha **Mayo 11 / 2016**  
**Camilo Leques**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) JOHOBANY RODRIGO MORENO ORJUELA identificado(a) con CC 1003923245 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE INDEPENDIENTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 05/01/2018

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN INTERESE** , a los 22 días del mes de mayo del año 2024 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

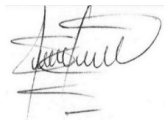
Johobany moreno

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JOHOBANY RODRIGO MORENO ORJUELA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1003923245**, se encuentra afiliado/a desde **28/02/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de mayo de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Johobany moreno



## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JOHOBANY RODRIGO MORENO ORJUELA** identificado con **CC No. 1003923245**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 11/05/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 10/05/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 12/08/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 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 o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015159530.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

Johobany moreno

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**



**Banco Agrario de Colombia**

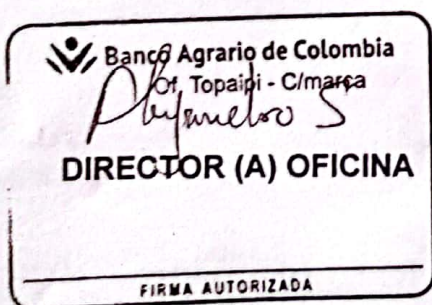
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

## CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: MORENO ORJUELA JOHOBANY RODRIGO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1003923245, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-317-22-02287-5, con una antigüedad de DIEZ ( 10 ) año(s).

Se expide en TOPAIPI, a los diez y siete (17) días del mes de abril de 2024, con destino a: QUIEN INTERESE



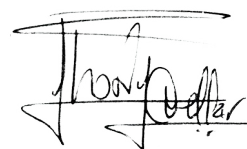
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL  
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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	1003923245
NOMBRES	JOHOBANY RODRIGO
APELLIDOS	MORENO ORJUELA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	PACHO



V.º B.º Jhony Mauricio Cuellar Romero  
CC: 80.210.342 BTÁ  
Gestor IED – IDRD  
Jornada Escolar Complementaria

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S. -CM	CONTRIBUTIVO	28/02/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/21/2024 21:46:08 Estación de origen: 192.168.70.220

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

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

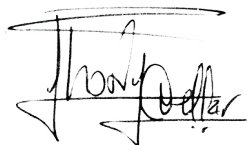
de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Únicade Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base dedatos, 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.

 [MPRIMIR CERRAR VENTANA](#)



V.º B.º Jhony Mauricio Cuellar Romero  
CC: 80.210.342 BTÁ  
Gestor IED – IDR  
Jornada Escolar Complementaria

Johobany moreno



Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

#### 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	Es
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
<input type="checkbox"/> RP CTO 1609-2024.pdf	RP CTO 1609-2024.pdf
<input type="checkbox"/> ARL_1003923245_IDRD_CTO_1609_2024_20240510105839_62269.pdf	ARL_1003923245_IDRD_CTO_1609_2024_20240510105839_62269.pdf
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME # 1 MAYO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME # 1 MAYO 2024.zip

Cancelar

JOHOBANY MORENO

V.º B.º **Jhony Mauricio Cuellar Romero**  
CC: 80.210.342 BTÁ  
Gestor IED – IDRD  
Jornada Escolar Complementaria