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)

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	6	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 1897 – 2024 20/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1012378505	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (6) MESES (15) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	(18.616.000) DIESIOCHO MILLONES SEISIENTOS DIESICEIS MIL PESOS M/CTE	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	30 DE MAYO DE 2024	Registre la fecha de inicio del acta
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
FECHA DE TERMINACIÓN	7 DE FEBRERO DE 2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	30 DE MAYO DE 2024 A 30 DE JUNIO DE 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.)

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: 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.</td><td>ACTIVIDADES: Se cumple con esta obligación debido a que se ejecutaron las sesiones de clase con los escolares de la IED LAUREANO GOMEZ y en los tiempos establecidos, las sesiones se desarrollan en las instalaciones de la IED.

<table>
<tr><th>GRUPO IED REPUBLIA DE COLOMBIA</th><th>HORARIO</th><th>PLANEACION Y PUBLICACION</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th></tr>
<tr><td>GRUPO 1</td><td>Lunes y Miércoles 9:00 a 11:00</td><td>Junio 5-12</td><td>Junio 5-12</td></tr>
<tr><td>GRUPO 2</td><td>Lunes y Miércoles 12:00 a 2:00</td><td>Junio 5-12</td><td>Junio 5-12</td></tr>
<tr><td>GRUPO 3</td><td>Martes y Jueves 9:00 a 11:00</td><td>Junio 4-6-11-13</td><td>Junio 4-6-11-13</td></tr>
<tr><td>GRUPO 4</td><td>Martes y Jueves 12:00 a 2:00</td><td>Junio 4-6-11-13</td><td>Junio 4-6-11-13</td></tr>
</table>

Se realizarán vacaciones recreo deportivas en el escenario (parque villas de granada) del 24 de junio al 29 de junio de 2024
Se realizarán vacaciones recreo deportivas en el escenario (parque ciudad montes) del 1 de julio al 29 de julio de 2024

EVIDENCIAS: ACTA
UBICACIÓN: SECOP II N° 7 evidencias informe 1 junio 2024 Cps 1897 - 2024 /obligación 1.</td></tr>
<tr><td>Obligación No.2 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</td><td>ACTIVIDADES: El proceso de recolección de las fotocopias del carné de la eps y consentimientos informados de los alumnos asignados de la IED LAUREANO GOMEZ se realizó por medio de la docente enlace, donde se solicitó amablemente los certificados de antecedentes o condiciones médicas de los escolares para realizar el debido proceso.</td></tr>
</table>

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)

teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**EVIDENCIA**: solicitud de documentos en proceso **UBICACIÓN:** SECOP II N° 7 evidencias informe junio 2024 Cps 1897 - 2024 /obligación 2
Obligación No. 3: 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.	**ACTIVIDADES:** estaré presto a observar las condiciones básicas de los estudiantes para remitirlos a semilleros cuando ya cuente con los grupos creados **EVIDENCIA**: se enviará correo a Gestor IED **UBICACIÓN:** SECOP II N° 7 evidencias informe junio 2024 Cps 1897 - 2024./obligación 3.
Obligación No 4: 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.	**ACTIVIDADES:** Se dará cumplimiento a esta obligación respetando los lineamientos establecidos por la entidad. **REUNIONES** • 12 De junio de 2024 Horario: 10:00 – 12:00 Lugar: GOOGLE MEET Tema: reunión operativa • 17 De junio de 2024 Horario: 8:00 – 12:00 Lugar: SALON PRESIDENTE IDRD Tema: jornada de fortalecimiento abre tus ojos • 19 De junio de 2024 Horario: 12:30 – 5:30 Lugar: CEAD Tema: cualificaciones sobre componente administrativo, componente financiero, componente pedagógico. • 20 De junio de 2024 Horario: 7:00 – 12:00 Lugar: CEAD Tema: cualificaciones sobre componente psicosocial, semillero, componente operativo. • 21 De junio de 2024 Horario: 17:00 – 18:00 Lugar: GOOGLE MEET Tema: vacaciones recreo deportivas

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)

	EVIDENCIA: ACTAS **UBICACIÓN**: SECOP II N° 7 evidencias informe **junio** 2024 Cps 1**897** - 202**4** / obligación 4
Obligación No 5: 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.	**ACTIVIDADES:** Se tomaron todas las medidas necesarias cuya finalidad dieran como cumplimiento evitar cualquier tipo de conflicto de intereses, manteniendo a cabalidad toda la confidencialidad dada para uso de los escenarios, información brindad por los estudiantes que participan en la jornada escolar complementaria y que están a mi cargo. Adicionalmente en cumplimiento de las leyes y con el fin de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interés particular, presente la declaración conflicto de interés que se encuentra en el sideap y me comprometo a informar a quien corresponda, de los eventos o situaciones, potenciales o reales, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. **EVIDENCIAS:** Declaración conflicto de interese diligenciada en el Sideap. (archivo pdf). UBICACIÓN: SECOP II N° 7 evidencias informe **junio** 2024 Cps 1**897** - 202**4**./obligación 5
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.	

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
	TOTAL	$ 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

Firma Contratista
SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN
C.C 1012378505

Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
CC 79883293

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:
En el presente periodo de actividades el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales asignadas

Vo Bo Supervisor del contrato
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

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 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.

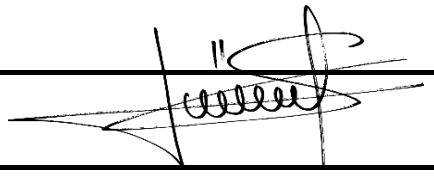
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN**								
2	Identificacion	CC	**x**	CE		**Numero**	**1012378505**	**N° contrato**	**1897-2024**	
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	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**									
	Número de planilla	**9467498302**			Fecha de pago	22/05/2024	Valor pagado	$ 214.600,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 86.700,00**				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 111.000,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**16.900,00**				Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**									
	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	**<u>DEPENDIENTES</u>: 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.**									
	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))								**#**	**0**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI		NO **x**
	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 (parágrafo 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 **6** AA **2024**



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	655623080	9467498302	I	2024/06/05	2024/05/22	NEQUI	0	$214,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0
1	CC	1012378505	SEPULVEDA JHONATAN		25-14	16	$693,334	$111,000	EPS008	16	$693,334	$86,700		0	$0	$0	14-23	16	$693,334	$16,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$693,334	$111,000			$693,334	$86,700			$0	$0			$693,334	$16,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012378505		SEPULVEDA QUEVEDO JHONATAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 68A SUR # 80F-12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3134089084	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	655623080	9467498302	I	2024/06/05	2024/05/22	NEQUI	0	$214,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$111,000	$0	$0	$111,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$111,000	$0	$0	$111,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,900	$0	$0	$16,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,900	$0	$0	$16,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$86,700	$0	$0	$86,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$86,700	$0	$0	$86,700
TOTAL				1	$214,600	$0	$0	$214,600

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JHONATAN SEPULVEDA QUEVEDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1012378505, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240608	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 17 días del mes de Junio de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
25201241

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JHONATAN SEPULVEDA QUEVEDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1012378505,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2022** 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 17 de junio 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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, **JHONATAN SEPULVEDA QUEVEDO** identificado con **CC** No. **1012378505**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	**Fecha de inicio de cobertura:** 23/05/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de 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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal 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): 202401016216552.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **17/06/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
IDRD

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JHONATAN SEPULVEDA QUEVEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012378505**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**05500061010219 69**
Fecha de apertura	**17/02/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	1012378505
NOMBRES	JHONATAN
APELLIDOS	SEPULVEDA QUEVEDO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	04/01/2007	16/05/2024	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/17/2024 21:54:50	**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 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

Rodrigo Ivan Lopez Hernandez
Gestor IED
CC 79883293

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

VER CONTRATO

Editar

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

identificación de pago	numero 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 CTO 1897-2024.pdf	CRP CTO 1897-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL 1897-2024.pdf	ARL 1897-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME 1 JUNIO CPS 1897 - 2024.zip	EVIDENCIA INFORME 1 JUNIO CPS 1897 - 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Quitar seleccionado Subir nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm