INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

INFORME No.	7		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	06	12	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2488-2024 DEL 28/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20248007016 03860E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MEDINA CARROLL OSCAR GIHOVANY	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1118554262	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	SEIS (6) MESES Y QUINCE (15) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS ($18.616.000) M/CTE	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	11/06/2024	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)	05/10/2024 al 14/10/2024 (10) días 07/12/24 al 19/01/25 (43) días	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	18/02/2025	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 06 DE DICIEMBRE 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, (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
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.	**Actividades:** Se participa en el programa de vacaciones recreo deportivas en el parque mochuelo alto la semana del 02 de diciembre al 06 de diciembre, incentivando hábitos de vida saludables a través de actividades. **Evidencias:** Sesiones. **Ubicación** Las evidencias se encuentran en el punto 7de ejecución de contrato de la plataforma de secop ii y en el portal contratista.
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 teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**Actividades:** Se evidencian los consentimientos informados para participar en las actividades de vacaciones recreo deportivas, allí se verifico los posibles casos de patologías a tener en cuenta, para llevar a cabo las sesiones del programa. **Evidencias:** Consentimientos informados. **Ubicación** Las evidencias se encuentran en el punto 7de ejecución de contrato de la plataforma de secop ii y en el portal contratista.
Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o	**Actividades:** En el presente periodo de actividades del 1/12/2024 al 06/12/2024 no se reportan estudiantes que

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.	cumplan con las condiciones para ingresar a semilleros, ya que nos encontramos fuera de las instituciones educativas. Evidencia: E-mail Ubicación: Las evidencias se encuentran en el punto 7de ejecución de contrato de la plataforma de secop ii y en el portal contratista.
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:** Para el periodo de actividades al 06 de diciembre del 2024 se asistió y se participó a las reuniones de cualificación, convocadas por cada uno de los componentes de proyecto Jornada Escolar Complementaria. 02/12/2024 Inicio de vacaciones recreo deportivas 04/12/2024 Reunión psicosocial – operativa - pedagógica 05/12/2024 Cualificación semanal **Evidencias:** Actas de Reunión 2, 4, 5, de diciembre 2024. **Ubicación** Las evidencias se encuentran en el punto 7de ejecución de contrato de la plataforma de secop ii y en el portal contratista.
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:** Para este periodo de actividades no tengo ningún tipo de intereses de los mencionados en esta obligación, pero estoy atento a realizar el proceso correspondiente si en algún momento se presenta alguna de las situaciones mencionadas en la misma. **Evidencias:** Formato de declaración de conflictos de interés. **Ubicación** Las evidencias se encuentran en el punto 7de ejecución de contrato de la plataforma de secop ii y en el portal contratista.
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, (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	NUEVA EPS	$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 31.700
	TOTAL	$ 402.200

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.

Oscar Medina

Firma Contratista
Nombre: Oscar Gihovany Medina Carroll
No. de Identificación: 1118554262

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

Durante el presente periodo el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.

RENE TORRES

APOYO A LA SUPERVISION
CHRISTIAN LEONARDO LEON FAJARDO
CC 1033601812
GESTOR IED

VoBo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
N° de Identificación: 80.240.522
Cargo: Asesor Dirección General Código 105 G. 01

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	**OSCAR GIHOVANY MEDINA CARROLL**									
2	Identificacion	CC	**x**	CE		**Numero**	**1118554262**	**N° contrato**		**IDRD-CTO-2488-2024**	
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 MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla	**1067538950**			Fecha de pago		13/11/2024	Valor pagado	$ 428.200,00		
	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 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	**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.**										
	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	
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 **6** MM **12** AA **2024**

Oscar Medina

FIRMA

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-13, 08:11:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067538950

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810478921

PAGADO 13/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR GIHOVANY MEDINA CARROLL		
Documento	CC1118554262	**Dirección**	CARRERA 1 F 38 40
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3126795329
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1118554262	OSCAR GIHOVANY MEDINA CARROLL	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200	$ 0	$ 428.200

APOYO A LA SUPERVISION
CHRISTIAN LEONARDO LEON FAJARDO
CC 1033681812
GESTOR IED

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

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	
Pago 001	Pago 02	8/08/2024 7:06:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22 días de tiempo transcurrido *(12/11/2024 6:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	Pago 003	30/08/2024 8:56:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22 días de tiempo transcurrido *(12/11/2024 8:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	Pago 004	2/10/2024 8:03:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	22 días de tiempo transcurrido *(12/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	Pago 005	6 días de tiempo transcurrido *(28/11/2024 7:30:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	1.909.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 005	Pago 006	5 días de tiempo transcurrido *(29/11/2024 6:37:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CRP CTO 2488-2024.pdf	CRP CTO 2488-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ARL CTO 2488-2024.pdf	ARL CTO 2488-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	Evidencias 1- Medina Carroll Oscar Gihovany - Junio.rar (Archivado)	Evidencias 1- Medina Carroll Oscar Gihovany - Junio.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2488-2024 MEDINA CARROLL OSCAR GIHOVANY.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-2488-2024 MEDINA CARROLL OSCAR GIHOVANY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias - JUNIO - INFORME#1 - CPS-IDRD-CTO-2488-2024 - CARPETA 2.rar	Evidencias - JUNIO - INFORME#1 - CPS-IDRD-CTO-2488-2024 - CARPETA 2.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias - Juilo-Informe2 -Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Evidencias - Juilo-Informe2 -Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias-Agosto-Informe3 -Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Evidencias-Agosto-Informe3 -Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias-septiembre-informe4-Medina Carroll Oscar Gihovany.rar	Evidencias-septiembre-informe4-Medina Carroll Oscar Gihovany.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias-octubre-informe5-Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Evidencias-octubre-informe5-Medina Carroll Oscar Gihovany.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias-Noviembre-informe6-Medina Carroll Oscar Gihovany.rar	6. Evidencias-Noviembre-informe6-Medina Carroll Oscar Gihovany.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

APOYO A LA SUPERVISION
CHRISTIAN LEONARDO LEÓN FAJARDO
CC 1033681812
GESTOR IED

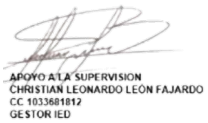
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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	1118554262
NOMBRES	OSCAR GIHOVANY
APELLIDOS	MEDINA CARROLL
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	SOACHA



Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/04/2024 20:35:53	**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