

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDR D

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
	6	12	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO- 2656 – 28/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
IDRD-CTO- 2656 – 28/05/2024

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1020764970	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	195 días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$18.616.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	20-06-2024	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)	DEL 5 AL 14 DE OCTUBRE DEL 2024 (10 DIAS) DEL 7/12/2024 AL 19/01/2025 (43 DIAS)	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	27/02/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	DEL 1-12-2024 AL 6-12-2024	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
<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 acreditación 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 de 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>ACTIVIDAD: Para este periodo del mes de DICIEMBRE del 2024 no se planearon sesiones de clase ya que finalizamos año escolar en las IEDS Cristóbal colon y Nueva Zelanda, realizamos Vacaciones Recreativas en la localidad de Usaquén.</p> <p>Lunes: 1/12/2024 Horario: 1:00pm A 4:00pm Lugar: Parque Toberín</p> <p>EVIDENCIA: Planeación Vacaciones Recreativas</p> <p>UBICACIÓN: SECOPII/ Numeral 7 Ejecución del contrato/ Evidencias informe No 7 – Diciembre /Obligación No 1.</p>
<p>Obligación No. 2:</p> <p>Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o</p>	<p>ACTIVIDAD: Para este periodo del mes de DICIEMBRE de 2024 no se ejecutaron sesiones de clase en las IEDS Cristóbal colon y Nueva Zelanda por vacaciones de fin de año por tal motivo no contamos con antecedentes o condiciones médicas de los escolares.</p>

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)

<p>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>EVIDENCIA: Durante este periodo no se cuenta con evidencias</p> <p>UBICACIÓN: Durante este periodo no se cuenta con Ubicación</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>ACTIVIDAD: Para este periodo del mes de DICIEMBRE de 2024 no se ejecutaron sesiones de clase en las IEDS Cristóbal colon y Nueva Zelandia por vacaciones de fin de año por tal motivo no se identifican posibles talentos deportivos que cumplan con las condiciones y parámetros para que pueda ingresar al componente de talentos deportivos.</p> <p>EVIDENCIA: Durante este periodo no se cuenta con evidencias</p> <p>UBICACIÓN: Durante este periodo no se cuenta con Ubicación</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 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>ACTIVIDAD: En el mes de DICIEMBRE de 2024 se asisten de manera presencial a las siguientes reuniones y/o actividades asignadas por la Gestora IED Yadira Rodríguez y por el IDRD para este año.</p> <p style="text-align: center;"><u>REUNIONES Y/O ACTIVIDADES DICIEMBRE</u></p> <p>REUNION Y/O ACTIVIDAD: Vacaciones Recreativas LUGAR: Parque Toberín FECHA: 2 de diciembre HORA: 1:00pm A 4:00pm</p> <p>REUNION Y/O ACTIVIDAD: Reunión Operativa TEMAS: Cierre fin de año " LUGAR: Cefe cometas FECHA: 4 de diciembre HORA: AM</p> <p>EVIDENCIA: Actas de reunión</p> <p>UBICACIÓN: SECOPII/ Numeral 7 Ejecución del contrato/ Evidencias informe No 7 – Diciembre /Obligación No 4.</p>

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)

<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>ACTIVIDAD: Se da cumplimiento a esta obligación adoptando todas las medidas para evitar cualquier situación de conflicto de intereses como está estipulado en mi contrato.</p> <p>EVIDENCIA: Se cumple a cabalidad la obligación por tal razón no hay evidencia para esta obligación.</p> <p>UBICACIÓN: Se cumple a cabalidad la obligación por tal razón no hay ubicación para esta obligación.</p>
<p>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.</p>	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

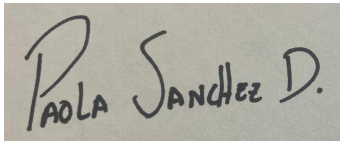
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	\$162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POITIVA	\$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.

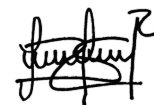


Firma Contratista

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



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: William René Torres Agudelo
N° de Identificación: 80240522
Cargo: Asesor código 105 grado 01



VoBo Gestor IED
Leylie Yadira Rodriguez Sierra
CC 52933214

Señores:

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE

Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

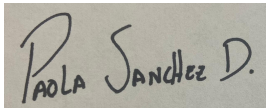
Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración 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	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1020764970	N° contrato	2656-2024	
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	82089344	Fecha de pago	3/12/2024	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					
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 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))						#	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.


PAOLA SANCHEZ D.

Dada en Bogotá D.C. a los:

DD MM AA

FIRMA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020764970	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO		CARRERA 1 este # 127B-16	3209169043	pacosanchezd08@gmail.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	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82089344	\$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020764970	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO		CARRERA 1 este # 127B-16	3209169043	paosanchez08@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82089344	\$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	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1020764970	SANCHEZ DUQUINO JESSICA PAOLA	59	0			N																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

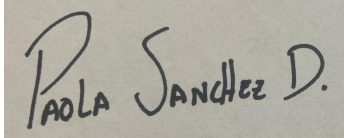
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :


VoBo Gestor IED
Leylie Yadira Rodriguez Sierra
CC 52933214

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1020764970
NOMBRES	JESSICA PAOLA
APELLIDOS	SANCHEZ DUQUINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTAD.C.
MUNICIPIO	BOGOTAD.C.



Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFLIADO
ACTIVO	CAJADE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 12/03/2024 09:37:41 | 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](#)



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 Contr...
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	Pago 002	5/08/2024 5:11:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	26 días de tiempo transcurrido (6/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	Pago 003	2/09/2024 9:01:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	26 días de tiempo transcurrido (6/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	Pago 004	2/10/2024 8:33:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	26 días de tiempo transcurrido (6/11/2024 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	2.864.000 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 004	Pago 005	4 días de tiempo transcurrido (29/11/2024 8:39:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	1.909.333 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CRP CTO 2656-2024.pdf	CRP CTO 2656-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	ARL CTO 2656-2024.pdf	ARL CTO 2656-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS INFORME #1 JUNIO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME #1 JUNIO 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	ACTADE INICIO CPS IDR-CTO-2656-2024 SANCHEZ DUQUINO JESSICA PAOLA(1).pdf	ACTADE INICIO CPS IDR-CTO-2656-2024 SANCHEZ DUQUINO JESSICA PAOLA(1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS INFORME #5 OCTUBRE 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME #5 OCTUBRE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS INFORME #6 NOVIEMBRE 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME #6 NOVIEMBRE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	EVIDENCIAS INFORME #7 DICIEMBRE 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME #7 DICIEMBRE 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VoBo Gestor IED
Leylie Yadira Rodriguez Sierra
CC 52933214