

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	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2402-2024 12/06/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIAZ ROJAS KATHERYN LIZETH	Registre nombre y apellidos completos
Nº DE IDENTIFICACIÓN	1121946351	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	CIENTO NOVENTA Y CINCO (195) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECIOCHO MILLONES SEISCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS (\$18.616.000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	12 DE JUNIO DE 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	19 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	DEL 12 AL 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
<p>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.</p>	<p>Actividad: Por el momento no se han asignado grupos específicos del centro de interés para realizar las planeaciones de clase, estoy a la espera de recibir esta información, he sido asignada durante el mes de junio a vacaciones recreativas a la espera de indicaciones y lineamientos de gestores y profesionales encargados.</p> <p>Evidencia: Estoy atenta a la información que sea brindada por el gestor IED y la Gestora Angie Pacheco del centro interés de natación respecto a la asignación de IED y grupos y asignación de arqueras para las jornadas de vacaciones recreativas, se cargaran evidencias fotográficas y las planeaciones de actividades.</p> <p>Ubicación: Plataforma www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2024/ Obligación 1 Google drive – katheryndiaz06@gmail.com</p>
<p>Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y</p>	<p>Actividad: Estoy atenta a la información que sea brindada por el gestor IED y la Gestora Angie Pacheco del centro interés de natación respecto a la asignación de IED y grupos.</p> <p>Evidencia: Formato de inscripción entregado en la jornada de recepción de documentos solicitados por la IED e inscripción de los</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>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>estudiantes a los grupos para su participación en el proyecto de Jornada Escolar Complementaria.</p> <p>Ubicación: Plataforma www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2024/ Obligación 2 Google drive – katheryndiaz06@gmail.com</p>																				
<p>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.</p>	<p>Actividad: Estoy atenta a la información que sea brindada por el gestor IED y la Gestora Angie Pacheco del centro interés de natación respecto a la asignación de IED y grupos.</p> <p>Evidencia: Una vez se dé inicio las actividades en el escenario asignado estaré atenta del proceso de los estudiantes y las directrices del proyecto, para poder dar cumplimiento a la obligación.</p> <p>Ubicación: Cuando cuente con la evidencia se cargará en la plataforma www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2024/ Obligación 3 Google drive – katheryndiaz06@gmail.com</p>																				
<p>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</p>	<p>Actividad: Durante el mes de junio, fui asignada a reuniones y a eventos institucionales del proyecto de jornada escolar complementaria.</p> <table border="1" data-bbox="651 1276 1429 1833"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>HORA</th> <th>LUGAR</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17/06/2024</td> <td>8:00 a.m. a 1:00 p.m.</td> <td>Salón presidente IDRD</td> <td>REUNION GENERAL JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA</td> </tr> <tr> <td>19/06/2024</td> <td>12:30 p.m. a 3:30 p.m.</td> <td>AUDITORIO CEAD</td> <td>CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE ADMINISTRATIVO, COMPONENTE FINANCIERO</td> </tr> <tr> <td>19/06/2024</td> <td>4:00 p.m. a 5:30 p.m.</td> <td>AUDITORIO CEAD</td> <td>CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE PEDAGOGICO</td> </tr> <tr> <td>20/06/2024</td> <td>7:00 a.m. a 10:30 a.m.</td> <td>AUDITORIO CEAD</td> <td>CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE</td> </tr> </tbody> </table>	FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN	17/06/2024	8:00 a.m. a 1:00 p.m.	Salón presidente IDRD	REUNION GENERAL JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA	19/06/2024	12:30 p.m. a 3:30 p.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE ADMINISTRATIVO, COMPONENTE FINANCIERO	19/06/2024	4:00 p.m. a 5:30 p.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE PEDAGOGICO	20/06/2024	7:00 a.m. a 10:30 a.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE
FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN																		
17/06/2024	8:00 a.m. a 1:00 p.m.	Salón presidente IDRD	REUNION GENERAL JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA																		
19/06/2024	12:30 p.m. a 3:30 p.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE ADMINISTRATIVO, COMPONENTE FINANCIERO																		
19/06/2024	4:00 p.m. a 5:30 p.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE PEDAGOGICO																		
20/06/2024	7:00 a.m. a 10:30 a.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE																		

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)

la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.				PSICOSOCIAL, SEMILLEROS
	20/06/2024	10:30 a.m. a 12:00 p.m.	AUDITORIO CEAD	CUALIFICACION JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA IDRD - COMPONENTE OPERATIVO
	25/06/2024	9:00 a.m. a 12:00 m	COMPLEJO ACUÁTICO SIMÓN BOLÍVAR	JORNADA DE CUALIFICACIÓN- VALORACIÓN EN AGUA
	<p>Evidencia: Se realizará un acta de cada una de las reuniones y adjuntaran evidencias fotográficas de las reuniones en caso de ser convocada a alguna actividad institucional o reunión.</p> <p>Ubicación: Plataforma www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2024/ Obligación 4 Google drive – katheryndiaz06@gmail.com</p>			
<p>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.</p>	<p>Actividad: No cuento con ningún tipo de situación que me presente algún conflicto de interés para la ejecución del contrato. Cumplí con las solicitudes y ejecución de las actividades asignadas en las obligaciones contractuales del presente informe, con base en el contrato número IDRD- IDRD-CTO-2402-2024 del 2024.</p> <p>Evidencia: Formato de declaración de conflictos de interés de la plataforma de SIDEAP.</p> <p>Ubicación: Plataforma www.colombiacompra.gov.co SECOP II /Numeral 7/Carpeta evidencias informe N° 1 JUNIO 2024/ Obligación 5 Google drive – katheryndiaz06@gmail.com</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

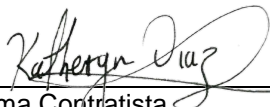
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SALUD TOTAL	\$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ 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

Nombre: KATHERYN LIZETH DIAZ ROJAS

No. de Identificación: 1121946351

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

La formadora desarrollo su objeto contractual, en concordancia con los lineamientos del proyecto y las indicaciones pedagógicas y operativas en las IED, piscinas asignadas



Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: William Rene Torres Agudelo
N° de Identificación: 80.240.522
Cargo: Asesor Código 105 Grado 01



VB: Leonardo Cárdenas E
CC. 79,416,021

- 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 < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

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		
<input type="checkbox"/> CRP CTO 2402-2024.pdf	CRP CTO 2402-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ARL CTO 2402-2024.pdf	ARL CTO 2402-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS 1 JUNIO 2024 - DÍAZ ROJAS KATHERYN LIZETH.zip	EVIDENCIAS 1 JUNIO 2024 - DÍAZ ROJAS KATHERYN LIZETH.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	DIAZ ROJAS KATHERYN LIZETH							
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1121946351	N° contrato	IDRD-CTO-2402-2024	
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	0		Fecha de pago	0/00/0000	Valor pagado	\$	-	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	\$		-	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	\$ -			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	\$		-	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	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 MM AA


FIRMA



BOGOTA, Junio 15 de 2024

Señora:
DIAZ ROJAS KATHERYN LIZETH
CC. 1121946351
DG 70 F SUR 78 A 25 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 9 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
DIAZ ROJAS KATHERYN LIZETH	1121946351	C	May-9-2023	47	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
KATHERYN LIZETH DIAZ ROJAS	1121946351	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KATHERYN LIZETH DIAZ ROJAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.946.351**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Junio del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



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, **KATHERYN LIZETH DIAZ ROJAS** identificado con **CC No. 1121946351**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 12/06/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 11/06/2024 Fecha fin de Contrato: 31/12/2024 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 prórroga 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): 202401016124472.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 7192025135 , con fecha de apertura 26 de Enero de 2022 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): KATHERYN LIZETH DIAZ ROJAS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.121.946.351

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Junio de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.

www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank  COLPATRIA



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	1121946351
NOMBRES	KATHERYN LIZETH
APELLIDOS	DIAZ ROJAS
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
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/07/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 06/15/2024 14:53:13 Estación de 192.168.70.220

| | origen: |

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](#)