

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

<b>INFORME No.</b>	01		
<b>FECHA DEL INFORME</b>	<b>DD</b>	<b>MM</b>	<b>AAAA</b>
	30	05	2024

<b>No. DEL CONTRATO Y FECHA</b>
IDRD-CTO-1329-2024 03/12/2024
<b>No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL</b>

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SUAREZ SUAREZ CARMEN LUISA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.023.025.008	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 tres (3) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	\$ 20.443.800 VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	09 DE MAYO DEL 2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	NO APLICA	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	03 DE DICIEMBRE DEL 2024.	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 30 DE MAYO DEL 2024.	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

### 2. DESCRIPCIÓN DE 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)

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de esta, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación																				
<p><b>Obligación No. 1:</b> Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido) , adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p><b>ACTIVIDADES:</b> Durante este periodo la IED SAN CARLOS me asignan cuatro grupos para la ejecución del contrato. Se desarrolla la planeación de acuerdo con el plan formador, la malla curricular del centro de interés actividad física y el tema desarrollado del componente psicosocial. Se planearon las actividades del centro de interés de Actividad Física para la IED San Carlos (sede A y B); los horarios para el mes de febrero se planearon y ejecutaron de la siguiente manera:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRUPO</th> <th>FECHAS PLANEADA MAYO</th> <th>SESIONES EJECUTADAS MAYO</th> <th>SESIONES POR EJECUTAR MAYO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 ACT. FISICA MARTES JUEVES 09:00 A 11:00</td> <td>16, 21, 23 Y 28</td> <td>16, 21 Y 23</td> <td>28 Y 30</td> </tr> <tr> <td>2 ACT. FISICA MARTES JUEVES 12:15 A 14:15</td> <td>16, 21, 23 Y 28</td> <td>16, 21 Y 23</td> <td>28 Y 30</td> </tr> <tr> <td>3 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 09:00 A 11:00</td> <td>15, 17, 22, 24, Y 29</td> <td>15, 17 Y 22</td> <td>29 Y 31</td> </tr> <tr> <td>4 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 12:15 A 14:15</td> <td>15, 17, 22, 24, Y 29</td> <td>15, 17 Y 22</td> <td>29 Y 31</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>OBSERVACION:</b> En el siguiente informe se anexarán las evidencias de las sesiones de clase pendientes por ejecutar en correspondiente del mes de febrero de 2024.</p> <p><b>EVIDENCIAS:</b> Reporte SIM, actas y registro fotográfico.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe #1 MAYO 2024 CTO 1329-2024</p>	GRUPO	FECHAS PLANEADA MAYO	SESIONES EJECUTADAS MAYO	SESIONES POR EJECUTAR MAYO	1 ACT. FISICA MARTES JUEVES 09:00 A 11:00	16, 21, 23 Y 28	16, 21 Y 23	28 Y 30	2 ACT. FISICA MARTES JUEVES 12:15 A 14:15	16, 21, 23 Y 28	16, 21 Y 23	28 Y 30	3 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 09:00 A 11:00	15, 17, 22, 24, Y 29	15, 17 Y 22	29 Y 31	4 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 12:15 A 14:15	15, 17, 22, 24, Y 29	15, 17 Y 22	29 Y 31
GRUPO	FECHAS PLANEADA MAYO	SESIONES EJECUTADAS MAYO	SESIONES POR EJECUTAR MAYO																		
1 ACT. FISICA MARTES JUEVES 09:00 A 11:00	16, 21, 23 Y 28	16, 21 Y 23	28 Y 30																		
2 ACT. FISICA MARTES JUEVES 12:15 A 14:15	16, 21, 23 Y 28	16, 21 Y 23	28 Y 30																		
3 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 09:00 A 11:00	15, 17, 22, 24, Y 29	15, 17 Y 22	29 Y 31																		
4 ACT. FISICA MIÉRCOLES Y VIERNES 12:15 A 14:15	15, 17, 22, 24, Y 29	15, 17 Y 22	29 Y 31																		
<p><b>Obligación No. 2:</b> Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que 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</p>	<p><b>Actividades:</b> Durante este periodo se solicita a la IED los documentos de los estudiantes con alguna condición médica, sin embargo, a la fecha no se ha recibido ningún soporte de condición médica por parte de los docentes enlaces de la institución educativa.</p> <p><b>Evidencia:</b> En el momento no se ha reportado ningún usuario con antecedentes.</p> <p><b>Ubicación:</b> En el momento en que se identifiquen estos usuarios se colocara en su respectiva carpeta.</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)

establecido.							
<p><b>Obligación No. 3:</b> Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.</p>	<p><b>ACTIVIDADES:</b> Durante este periodo no se identifican estudiantes con posibles talentos en el momento indicado se informará al gestor IDRD por medio de correo electrónico, indicando los datos relacionados con el estudiante para que se pueda gestionar con el coordinador de semilleros teniendo en cuenta los lineamientos en el marco del proyecto jornada escolar complementaria.</p> <p><b>EVIDENCIAS:</b> En el momento que se identifiquen estos estudiantes se colocara en su respectiva carpeta</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> En el momento en que se identifiquen estos estudiantes se colocara en su respectiva carpeta.</p>						
<p><b>Obligación No. 4:</b> Asistir, participar y/o apoyar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	<p><b>ACTIVIDADES:</b> Para el periodo del presente informe se presentaron reuniones a las cuales asistí de manera presencial, se asignaron desde el proyecto durante el mes en curso.</p> <table border="1" data-bbox="727 1077 1446 1255"> <thead> <tr> <th>FECHA</th> <th>ACTIVIDAD</th> <th>PARTICIPANTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10-05-2024</td> <td>REUNION PEDAGOGICA SOCIALOPERATIVA IED SAN CARLOS</td> <td>GESTOR IED FORMADORES DEPORTIVOS ASIGNADOS A LA IED SAN CARLOS</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>EVIDENCIAS:</b> Actas de reuniones PDF.</p> <p><b>UBICACIÓN:</b> SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe #1 MAYO 2024 CTO 1329-2024</p>	FECHA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES	10-05-2024	REUNION PEDAGOGICA SOCIALOPERATIVA IED SAN CARLOS	GESTOR IED FORMADORES DEPORTIVOS ASIGNADOS A LA IED SAN CARLOS
FECHA	ACTIVIDAD	PARTICIPANTES					
10-05-2024	REUNION PEDAGOGICA SOCIALOPERATIVA IED SAN CARLOS	GESTOR IED FORMADORES DEPORTIVOS ASIGNADOS A LA IED SAN CARLOS					
<p><b>Obligación No. 5:</b> 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</p>	<p><b>Actividades:</b> Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses para que no se vea comprometida la ejecución objetiva del contrato.</p> <p><b>Evidencias:</b> PDF SIDEAP.</p> <p><b>Ubicación:</b> SECOP II numeral 7 “Ejecución del contrato” Evidencias Informe#1 MAYO 2024 CTO 1329-2024</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)

afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.	
---	--

<b>Declaración:</b> Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.
--

## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

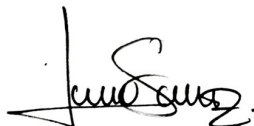
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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

### 4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.).

**Nota:** Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista

Nombre: Luisa Suarez Suarez

C.C. 1.023.025.008 Btá.

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

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



Vo Bo Supervisor del contrato

Nombre: William Rene Torres Agudelo

N° de Identificación: 80.240.522

Cargo: Asesor código 105 Grado 01.

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	Carmen Luisa Suarez Suarez								
2	Identificación	CC	x	CE	Numero	1.023.025.008	N° contrato	1329-2024		
3	Responsable del impuesto a las ventas	SI		NO	X					
4	Pertenece al Regimen Simple	SI		NO	X					
5	Residente en el país (Extranjeros)	SI		NO						
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800	SI		NO	X					
7	<b>Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.</b>									
	Número de planilla			Fecha de pago		Valor pagado	\$	-		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		\$	-	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		\$	-		
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		\$	-	Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
8	<b>Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual</b>									
	AFC \$			Ahorro Voluntario Pensión \$						
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	SI		NO	X					
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2023). Anexo	SI		NO	X					
11	<b>DEPENDIENTES: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.</b>									
	<b>De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes ( si no tiene dependientes colocar (0))</b>							#	2	
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo	SI	X	NO						
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo	SI		NO	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 TOPEES 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



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) CARMEN LUISA SUAREZ SUAREZ identificado(a) con CC. 1023025008 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de Servicios:</b>	<b>2018/12/05</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA</b>
<b>Categoría:</b>	<b>A</b>

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 21 días del mes de 05 del año 2024.

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra  
Director Operaciones Comerciales  
**EPS FAMISANAR S.A.S.**

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CARMEN LUISA SUAREZ SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023025008**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2015** 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 21 de mayo de 2024.



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

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



## 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, **CARMEN LUISA SUAREZ SUAREZ** identificado con **CC No. 1023025008**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 30/04/2024 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 29/04/2024 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 05/12/2024 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014522692.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

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



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

CARMEN LUISA SUAREZ SUAREZ                      Identificado con    CC 1023025008

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ALTAVISTA, con las siguientes características:

#### Cuentamiga

<b>Número:</b>	24110715856
<b>Fecha de apertura:</b>	27 de Diciembre de 2021
<b>Condiciones de uso:</b>	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
<b>Estado:</b>	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 21 de Mayo de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**



## 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	1023025008
NOMBRES	CARMEN LUISA
APELLIDOS	SUAREZ SUAREZ
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/10/2006	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/21/2024 18:22:43 | 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](#)

**1.RELACIÓN SESIONES**

NOMBRE	LUISA CARMEN SUAREZ SUAREZ		COORDINADOR	ORLANDO CARDENAS MAYA			
FECHA REVISIÓN	2024-05-23 19:08:06		Mes	Mayo			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SAN CARLOS (IED)	JOSE ANTONIO RICAURTE, SAN CARLOS,	1	<b>Jueves,10:30:00,12:30:00</b> 16-23 <b>Martes,10:30:00,12:30:00</b> 21-28	16-21-23		18	12
	JOSE ANTONIO RICAURTE, SAN CARLOS,	2	<b>Jueves,12:45:00,14:45:00</b> 16-23 <b>Martes,12:45:00,14:45:00</b> 21-28	16-21-23			
	JOSE ANTONIO RICAURTE, SAN CARLOS,	3	<b>Miercoles,10:30:00,12:30:00</b> 15-22-29 <b>Viernes,10:30:00,12:30:00</b> 17-24	15-17-22			
	JOSE ANTONIO RICAURTE, SAN CARLOS,	4	<b>Miercoles,12:45:00,14:45:00</b> 15-22-29 <b>Viernes,12:45:00,14:45:00</b> 17-24	15-17-22			



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la E

#### 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
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> 52521-ARL_79450391_IDRD_CTO_1328_2024_20240429112023_59377 (1).pdf	52521-ARL_79450391_IDRD_CTO_1328_2024_20240429112023_59377 (1).pdf	Comprador <a href="#">Desc</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1328-2024 (1).pdf	CTO 1328-2024 (1).pdf	Comprador <a href="#">Desc</a>
<input type="checkbox"/> EVIDENCIA #1 CTO 1329_2024 INF MAYO 2024.zip	EVIDENCIA #1 CTO 1329_2024 INF MAYO 2024.zip	Proveedor <a href="#">Desc</a>

Borrar

Cancelar

< Evaluación de la E