

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.	01		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	04	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD IDRD-CTO-0492-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	BERRIO VILLEGAS WILSON ENRIQUE	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	78.710.682	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 CLASES ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	ONCE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (11.456,000,00) COP	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	09/04/2024	-
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	08/08/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	9 de Abril al 30 de Abril de 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 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 implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia 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), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de 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 estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce(12) horas después de ejecutada	Avance: Para esta obligación se tramitarán todas las planeaciones y se cargarán las sesiones de clase establecidas por el proyecto JEC. Las cuales se ejecutarán según fechas y horarios establecidos y acordados por la IED y el Gestor IED Villemar sede C: EVIDENCIA: Archivo pdf evidencias en el secop II archivo UBICACIÓN: El registro de evidencias se encuentra en el secop II según mi contrato <table border="1"> <thead> <tr> <th>GRUPO/HORARIO</th><th>FECHAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grupo 1 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00</td><td>9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril</td></tr> <tr> <td>Grupo 2 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00</td><td>10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril</td></tr> <tr> <td>Grupo 3 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00</td><td>9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril</td></tr> <tr> <td>Grupo 4 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00</td><td>10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril</td></tr> </tbody> </table>	GRUPO/HORARIO	FECHAS	Grupo 1 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00	9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril	Grupo 2 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00	10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril	Grupo 3 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00	9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril	Grupo 4 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00	10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril
GRUPO/HORARIO	FECHAS										
Grupo 1 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00	9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril										
Grupo 2 sede C Mart 10:00-12:00 Jueves 12:00-14:00	10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril										
Grupo 3 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00	9 Abril. 16 Abril, 18 Abril, 23 Abril, 25 Abril										
Grupo 4 sede C Mier 10:00-12:00 Viernes 12:00-14:00	10 Abril. 12 Abril, 17 Abril, 19 Abril, 24 Abril, 26 Abril										
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	Avance: Para esta obligación se tramitarán y se le solicitarán a la IED VILLEMAR EL CARMEN los antecedentes y/o condiciones médicas de los estudiantes. Se solicitarán a los estudiantes realizar la entrega de antecedentes médicos, certificado de afiliación EPS y copia del documento de identidad; estamos a la espera de la entrega de toda la documentación por parte de los estudiantes Ubicación: El registro de evidencias se encuentra en el secop II según mi contrato 0492 de 2024										
Obligación No. 3 Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos y remitirlos al profesional encargado	ACTIVIDAD: Se dará inicio al proceso de identificación de escolares en semilleros deportivos. Durante este periodo está en etapa de adaptación al ejercicio para determinar parámetros de selección que identifique escolares con posibles condiciones o talento y su remisión a semilleros										

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)

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.	ACTIVIDAD: Para esta obligación se asistió a las reuniones programadas por el grupo de JEC y el gestor IED realizadas en las siguientes fechas: 15-04-2024: reuniones pedagógicas y seguimiento a los diferentes grupos conformado sede A con el Gestor Rodrigo Iván López y los Formadores de los diferentes Centros de Interés IED Villemar el Carmen 22-04-2024: Apoyo a la gestión del proceso de formación jornada escolar complementaria, reuniones pedagógicas y seguimiento a los diferentes grupos conformado sede A con el Gestor Rodrigo Iván López y los Formadores de los diferentes Centros de Interés IED Villemar el Carmen 29-04-2024: Apoyo a la gestión del proceso de formación jornada escolar complementaria, reuniones pedagógicas y seguimiento a los diferentes grupos conformado sede A con el Gestor Rodrigo Iván López y los Formadores de los diferentes Centros de Interés IED Villemar el Carmen
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	ACTIVIDAD: Cómo servidor público y contratista se promueve el cumplimiento de las funciones y responsabilidades para evitar cualquier tipo de situaciones o conflictos en los parques o escenarios que afecten la imagen y buen nombre del programa JEC y el IDRD. Me comprometo a reportar a los entes correspondientes cualquier situación o eventualidad que pueda generar conflictos de interés. Se presenta declaración de conflicto de intereses en el Sideap cómo cumplimiento y garantía de las funciones como contratista.
Obligación No 6: Disponer y Gestionar las herramientas y /o elementos de comunicación, digitales, tecnologías y/u ofimáticas necesarias para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato así mismo compartir por medio digital o los diferentes medios de difusión masiva, “puede ser redes sociales” los eventos que realice la entidad.	ACTIVIDAD: Para garantizar el cumplimiento y ejecución del contrato se hace uso de las herramientas Tics y se realizaron reuniones virtuales, se cruza información vía correo electrónico del gestor Rodrigo Iván López y el grupo de WhatsApp IED asignadas y llamadas telefónicas con el gestor a cargo de la IED y los diferentes entes activos pertenecientes al programa. EVIDENCIA: Actas de reunión radicadas en el secop II UBICACIÓN: Carpeta de evidencias adjuntas en el secop II
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.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

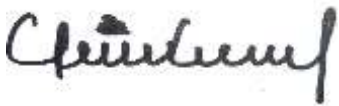
INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	Salud Total	\$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	Col pensiones	\$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	ARL 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
Wilson Enrique Berrio Villegas
C.C. 78710682

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

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



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Juan Carlos Gutiérrez Sánchez
N° de Identificación: 19.475.373
Cargo: Profesional Especializado Grado 07

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	BERRIO VILLEGAS WILSON ENRIQUE									
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	78710682	N° contrato	IDRD-CTO-0492-2024		
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				Fecha de pago			Valor pagado	\$	-	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$			0,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		0.00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$			0,00		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 \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	X
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO	X
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:							\$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 30 MM 4 AA 2024



FIRMA

Bogotá, Abril / 17 de 2024



Señor (a): WILSON ENRIQUE BERRIO VILLEGAS
CC. 78710682
CRA10A 49H 73SUR
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Noviembre / 11 de 1998, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. 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. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

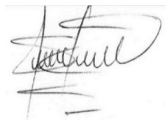
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro 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.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **WILSON ENRIQUE BERRIO VILLEGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **78710682**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de abril de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



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, **WILSON ENRIQUE BERRIO VILLEGAS** identificado con CC No. **78710682**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 09/04/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 08/04/2024 Fecha fin de Contrato: 11/08/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014333034.

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

Cordialmente,

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



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

11/01/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor WILSON ENRIQUE BERRIO VILLEGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **78710682**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	005770079118
Fecha de apertura	06/11/1998

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



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	78710682
NOMBRES	WILSON ENRIQUE
APELLIDOS	BERRIO VILLEGAS
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	11/11/1998	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/16/2024 19:46:05	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”.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ 1. ARL-CTO-0492-2024.pdf	1. ARL-CTO-0492-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 2. CRP- CTO 492-2024-RP.pdf	2. CRP- CTO 492-2024-RP.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ EVIDENCIAS ABRIL PARTE 2 2024.pdf	EVIDENCIAS ABRIL PARTE 2 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>