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.	02		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	04	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-0137-05-03 - 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218002011002 76E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MERCEDES ORTIZ GALVIZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1012325454	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSIÓN.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	9 (NUEVE) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	21.411.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	05/03/2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA **(solo cuando aplique)**		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES **(solo cuando aplique)**	27/03/2021 AL 04/04/2021.	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	21/12/2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	05 DE ABRIL 2021 AL 30 DE ABRIL 2021.	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
Obligación No. 1: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.	**Actividades:** Se promovieron las competencias básicas socioemocionales, ciudadanas durante las sesiones de clase en los cuatro grupos asignados para el centro de interés de gimnasia en la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el proyecto y basados en los documentos guías, recordando a los estudiantes la importancia de las normas de bioseguridad. **Evidencias:** Sesiones de clases planeadas y ejecutadas **Ubicación:** Sistema de Información misional
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.	**Actividades:** Se hace una primera entrega de avances del documento al gestor IED Andrés Velandia.
Obligación No. 3: 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	**Actividades:** Las sesiones de clase fueron planeadas y publicadas en los tiempos establecidos por EL PROYECTO JORNDA escolar complementaria, de la siguiente manera: **Grupo 1 gimnasia:** Martes – jueves 10:30 – 12:30 • 06 – 04 -2021 • 08 - 04- 2021 • 13 –04 – 2021 • 15 - 04 - 2021

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.	• 20 – 04- 2021 • 22 - 04 - 2021 • 27 – 04 - 2021 • 29 – 04 - 2021 **Grupo 2 gimnasia:** Martes – jueves 12:35 – 14:35 • 06 – 04 -2021 • 08 - 04- 2021 • 13 –04 – 2021 • 15 - 04 - 2021 • 20 – 04- 2021 • 22 - 04 - 2021 • 27 – 04 - 2021 • 29 – 04 - 2021 **Grupo 3 gimnasia:** Miércoles – viernes 10:30 – 12:30 • 07 – 04- 2021 • 09 – 04 -2021 • 14 – 04 – 2021 • 16 – 04 - 2021 • 21 – 04 - 2021 • 23 – 04 - 2021 • 28 – 04 -2021 • 30 – 04- 2021 **Grupo 4 gimnasia:** Miércoles – viernes 12:35 – 14:35 • 07 – 04- 2021 • 09 – 04 -2021 • 14 – 04 – 2021 • 16 – 04 - 2021 • 21 – 04 - 2021 • 23 – 04 - 2021 • 28 – 04 -2021 • 30 – 04- 2021 **Evidencias:** Sesiones de clase SIM **Ubicación:** Plataforma SIM grupos 1-2-3-4

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 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 y reuniones convocadas por el IDRD.	**Actividades:** Durante el periodo de actividades comprendido en el mes de abril se realizaron las siguientes reuniones. • **09 de abril** **Agenda:** reunión gestor IED Andrés Velandia Poveda, información sobre la semana, plataforma sim, formulario covid -19, formato de asistencia. **Lugar:** plataforma virtual meet. **Hora:** 17:00 – 18:00 **Evidencia:** **meet.google.com/qok-xhie-gqg** • **12 de abril** **Agenda:** capacitación social zona 2, información sobre los valores, derechos y ciudadanía **Lugar:** plataforma virtual meet. **Hora:** 07:00 – 09:00 **Evidencia:** meet.google.com/zry-fcry-npv • **13 de abril** **Agenda:** trabajo con los formadores de como evidencian los valores dentro del centro de interés. **Lugar:** plataforma virtual meet. **Hora:** 07:00 – 09:00 **Evidencia:** meet.google.com/zry-fcry-npv **Ubicación:** Carpeta secopll numeral 7
Obligación No. 5: Solicitar a la IED 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	**Actividades:** Se apoyo en la recopilación de antecedentes médicos de las estudiantes asignadas a mis cuatro grupos del centro de interés de gimnasia en la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS, se determinaron las condiciones médicas especiales de las estudiantes a cargo. **Evidencias:** Solicitado al momento de la inscripción del centro de interés

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.	**Ubicación:** carpetas de la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS.
Obligación No. 6: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.	**Actividades:** De momento no se han detectado las estudiantes con estas condiciones en ninguno de los cuatro grupos asignados, sin embargo, en el trascurso de las actividades si se detecta un talento será reportado y remitido al proyecto de semilleros deportivos.
Obligación No. 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar 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.	**Actividades:** En el actual periodo no fue requerido mi apoyo en los eventos distritales, nacionales e internacionales, por parte de la entidad.
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

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	**Compensar**	$ 113.600
PAGO APORTES PENSIÓN	**Protecciones**	$ 145.400
PAGO RIESGOS LABORALES	**Positiva**	$ 19.200
	TOTAL	$278.200

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

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)

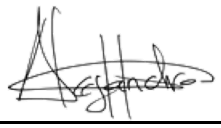
que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista.
Mercedes Ortiz Galviz
C.C 1.012.325.454

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

En el presente lapso la contratista cumplió con las obligaciones contractuales asignadas.



Vo Bo Supervisor del contrato.
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas.
N° de Identificación: 79.747.015 de Bogotá.
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

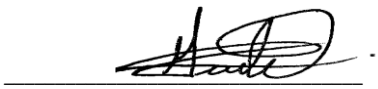
Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**0137 - 2021**												
2	Nombre del Contratista	**MERCEDES ORTIZ GALVIZ**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1012325454**						
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE	
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)										SI		NO	**X**
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800										SI		NO	**X**
8	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.													
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**113.600,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**145.400,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**19.200,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual													
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $						
10	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 (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo										SI		NO	**X**
11	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 (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712										SI		NO	**X**
12	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.													
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo										SI		NO	**X**
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil 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 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 (2020) $9,257,820 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 (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.										SI		NO	**X**
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje 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.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **4** AA **2021**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Falabella
Hablamos mirándote a los ojos

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012325454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MERCEDES ORTIZ GALVIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 70 BIS # 79 - 71 SUR	TELÉFONO:	7768583
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7786762625**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		954322261

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 145.400
SUBTOTAL:			1	**$ 145.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 113.600
SUBTOTAL:			1	**$ 113.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 19.200
SUBTOTAL:			1	**$ 19.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 278.200**

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	MERCEDEZ ORTIZ GALVIS	COORDINADOR	ANDRES VELANDIA POVEDA
FECHA REVISIÓN	2021-04-18 11:10:38	Mes	Abril

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	1	**Martes,10:30:00,12:30:00** 6-13-20-27 **Jueves,10:30:00,12:30:00** 8-15-22-29	6-8-13-15		31	15
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	2	**Martes,12:35:00,14:35:00** 6-13-20-27 **Jueves,12:35:00,14:35:00** 8-15-22-29	6-8-13-15			
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	3	**Miercoles,10:30:00,12:30:00** 7-14-21-28 **Viernes,10:30:00,12:30:00** 9-23-30	7-9-14			
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	4	**Miercoles,12:35:00,14:35:00** 7-14-21-28 **Viernes,12:35:00,14:35:00** 9-16-23-30	7-9-14-16			

Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

1012325454

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? 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1. CRP 0137 1087.pdf	1. CRP 0137 1087.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. ARL 0137.pdf	2. ARL 0137.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0137-2021 ORTIZ GALVIZ MERCEDES.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0137-2021 ORTIZ GALVIZ MERCEDES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME #01 MARZO.rar	EVIDENCIA INFORME #01 MARZO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	primer respondiente...pdf	primer respondiente...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME 1 - MARZO 2021.pdf	INFORME 1 - MARZO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIA INFORME #02 ABRIL.rar	EVIDENCIA INFORME #02 ABRIL.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Andrés Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012325454
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	ORTIZ GALVIZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Andrés Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	12/02/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/14/2021 21:41:51	Estación de origen:	192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

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 BDUA, 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 entidades 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 usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

:PWWAqnptF-EnA4W-2KCKTzlsJvJGEnc2JA0rg/viewscore?viewscore=AD2AgBg



INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Total de puntos 90/100

De conformidad con el artículo 2.2.4.6.11 del Decreto Único del Sector Trabajo 1072 del 2015, expedido por el Ministerio del Trabajo, establece que "El empleador debe proporcionar a todo trabajador que ingrese, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales".

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (ley de protección de datos personales), la información recolectada en el presente formulario tiene carácter privado y serán tratados de manera reservada, confidencial y restringida.

Dirección de correo electrónico *

mechas01986@gmail.com

1. Fecha en la que realizó la inducción y/o reinducción del SG - SST *

DD MM AAAA

18 / 04 / 2021

2. Nombre y Apellido *

MERCEDES ORTIZ GALVIZ

3. Número de identificación *

1012325454