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.	2		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1568-2024 del 6 de mayo del 204
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602683E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALBARRACIN ARCOS JUAN CAMILO	**Registre nombre y apellidos completos**
N° DE IDENTIFICACIÓN	1024475710	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	CIENTO NOVENTA Y CNCO (195) DÍAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	18.616.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	01 de Junio del 2024	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)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	24 de Enero 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 01 de junio al 30 de junio del 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
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.	**Actividades:** Se llevan a cabo sesiones de futbol planeadas enfocado en estrategia, juego y demás planeadas en el SIM. Estas sesiones son aplicadas para 4 grupos, el grupo 1 en horario de 09:00 a 11:00 los días martes y jueves. El grupo 2 en horario de 12:30 a 14:30 los días martes y jueves. El grupo 3 en horario de 09:00 a 11:00 los días miércoles y viernes. Y el grupo 4 de 12:30 a 14:30 los días miércoles y viernes. Se realiza apoyo en la última semana de junio las vacaciones recreo deportivas **Evidencias:** Fotografías de sesión **Ubicación:** SECOPII: Evidencias informe N° 2, mes JUNIO — 2024 IDRD-CTO-1568-2024 de 2024/ Obligación 2.
Obligación No. 2: Conocer los	**Actividades:** Se realizó la recolecta de documentación de los estudiantes, se preguntó

<table>
<tr><td>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 lleguen 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</td><td>que estudiantes están en condición de participar en las sesiones de actividad física, se realizó la creación de un grupo de WhatsApp para los grupos de trabajo 1,2,3 y 4 para tener contacto directo con los padres de familia (La carpeta reposa en la institución educativa).</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Actividades: Durante este periodo contractual del mes de junio del 2024, No se realiza ningún reporte de escolares que cumplan con las condiciones para ingresar al componente de talentos deportivos, en el momento que sean identificados se informara al gestor IED -IDRD. Se está en proceso de formación de las habilidades motrices básicas enfocadas al futbol de salón.</td></tr>
<tr><td>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</td><td>Actividades: durante el periodo en mención se apoya y asiste a las siguientes actividades:
<table>
<tr><th>Y HORA</th><th>LUGAR</th><th>TEMAS</th><th>mbre quien convoca</th></tr>
<tr><td>19-06-24 12:30 pm</td><td>REUNIÓN CEAD</td><td>- Cualificación pedagógica
- Cualificación psicosocial
-Cualificación gestión documental</td><td>Jhony Cuellar</td></tr>
<tr><td>20-06-24 07:00 am</td><td>REUNION CEAD</td><td>-Cualificacion nuevas tendencias
-Cualificación documental
-Cualificación psicosocial</td><td>Jhony Cuellar</td></tr>
<tr><td>13-06-24 10:00 am</td><td>CEFE san cristobal</td><td>-Reunion zonal zona 4
-pagos
-informes
-aplicativo sim</td><td>Jhony Cuellar</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</td><td>24-06-2024
29-06-2024</td><td>Vacaciones recreo deportivas</td><td>Parque la joyita</td></tr>
<tr><td colspan="3">Evidencias: Actas de reunión.

Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N°2, mes JUNIO — 2024 CPS IDRD-CTO-1568-2024 de 2024/ Obligación 4.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td colspan="3">Actividades: Para el periodo de actividades no presento o estoy en situación de conflicto de intereses por tal motivo no se ve comprometida la ejecución del contrato.

Evidencias: Formato declaración conflicto de interés.

Ubicación: SECOPII: Evidencias informe N° 2, mes JUNIO — 2024 CPS IDRD-CTO-1568-2024 de 2024/ Obligación 5.</td></tr>
<tr><td colspan="4">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.</td></tr>
</table>

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	COMPENSAR	$ 75.900
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 97.100
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 14.800
	TOTAL	$ 197.800

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

V.° B.° Jhony Mauricio Cuellar Romero
CC: 80.210.342 BTÁ
Gestor IED – IDRD
Jornada Escolar Complementaria

El contratista cumple a cabalidad con las olbigaciones contractuales.

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

Vo Bo Supervisor del contrato Vo
Nombre: William Rene Torres Agudelo
CC 80.240.522
Asesor Código 105 Grado 01
Gerente Proyecto JEC.

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Articulos 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.

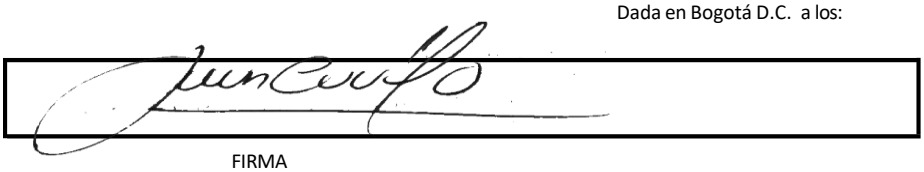
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**ALBARRACIN ARCOS JUAN CAMILO**								
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**1.024.475.710**	**N° contrato**		**1568- 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	78037779			Fecha de pago	20/06/2024 24/06/2024	Valor pagado	$199.600		-
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ -	**$ 75.900**			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $	**$ 97.100**				-
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	$ 14.800			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))								**#**	**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 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 06 AA **2024**



FIRMA

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JUAN CAMILO ALBARRACIN ARCOS**, identificada con **CC** número **1024475710**, aportó por el empleado **JUAN CAMILO ALBARRACIN ARCOS** identificado(a) con **CC** número **1024475710** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2024-5 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59	X														0		14	$606,667	0.12500	$75,900	$0	$0	Mayo - 2024	78037779	20/06/2024	No
230301	Porvenir	59	X														0		14	$606,667	0.16000	$97,100	$0	$0	Mayo - 2024	78037779	20/06/2024	No
14-11	ARL SURA	59	X														0		14	$606,667	0.00522	$3,200	$0	$0	Mayo - 2024	78037779	20/06/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	59	X														0		14	$606,667	0.00600	$3,700	$0	$0	Mayo - 2024	78037779	20/06/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **June** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024475710	JUAN CAMILO ALBARRACIN ARCOS	Av calle 61sur #20d-60	7488539	arcoscamilo1941@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78037779	20/06/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	N	24/06/2024	78140432	$11.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	18	200	11.800			116	11.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	11.600	11.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	11.600	11.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024475710	JUAN CAMILO ALBARRACIN ARCOS	Av calle 61sur #20d-60	7488539	arcoscamilo1941@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
78037779	20/06/2024	N	24/06/2024	78140432	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05				$11.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024475710	ALBARRACIN ARCOS JUAN CAMILO	59	0			N	X																230301	606.667	97.100	0	0	0	0	EPS002	606.667	75.900	14-23	606.667	3	14.800	CCF22	606.667	3.700	0	0	0	0	0

PAGADA

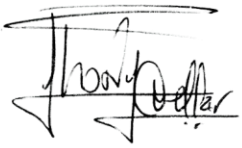
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 SistemaGeneral de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :



V.° B.° Jhony Mauricio Cuellar Romero
CC: 80.210.342 BTÁ
Gestor IED – IDRD
Jornada Escolar Complementaria

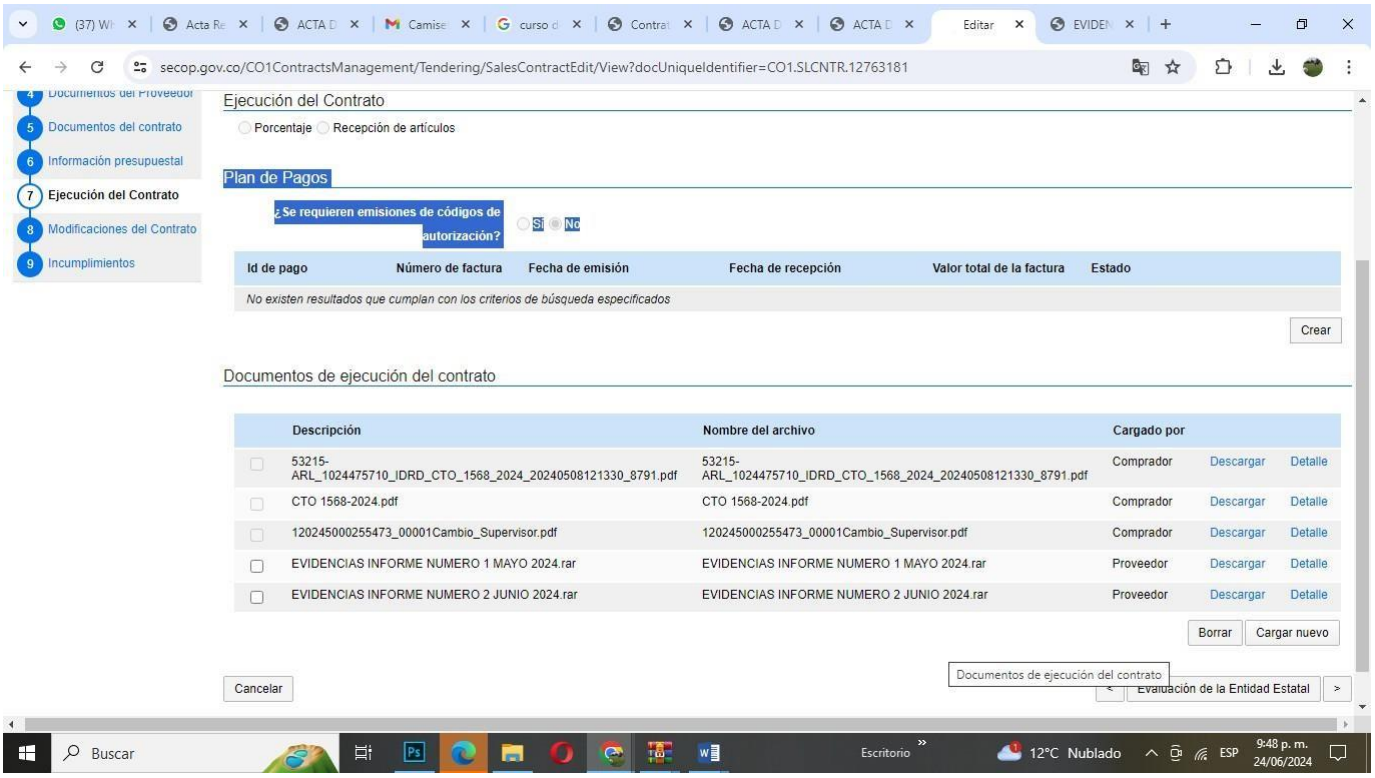
COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1024475710
NOMBRES	JUAN CAMILO
APELLIDOS	ALBARRACIN ARCOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**

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 YDEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	15/05/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/21/2024 17:32:01	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".



V.° B.° Jhony Mauricio Cuellar Romero
CC: 80.210.342 BTÁ
Gestor IED – IDRD
Jornada Escolar Complementaria