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.	4		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2023

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1314-2023
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20238007016017O2E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	52.747.149	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR ENFERMERA(O) EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD, DE LA UNIDAD DE CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE, PARA LOS ATLETAS DEL REGISTRO DEPORTIVO DE BOGOTÁ.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DIEZ (10) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL PESOS ($26,210,000)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	30 de MARZO 2023	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	29 de ENERO 2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01 de JUNIO 2023 – 30 de JUNIO 2023	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: Brindar la adecuada y pertinente atención de primeros auxilios y procedimientos asistenciales propios de la profesión, a los atletas que consulten y así lo requieran, previa orden médica.	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo se atendieron deportistas en UCAD salitre para procedimientos asistenciales y curaciones. **EVIDENCIAS:** soporte de Rips enviado al correo lizette.tamayo@idrd.gov.co **UBICACIÓN:** bandeja de salida del correo electrónico delia.hernandez@idrd.gov.co
Obligación No. 2: Diligenciar y consolidar la agenda para la atención de los atletas.	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo se diligencio agenda de los médicos **EVIDENCIA:** agenda digital ucad@idrd.gov.co **UBICACIÓN:** calendario Google del correo ucad@idrd.gov.co
Obligación No. 3: Mantener los consultorios en las condiciones adecuadas y exigidas para la óptima atención de los diferentes profesionales de la salud.	**AVANCE:** Durante este periodo se mantuvo los consultorios, laboratorio clínico y toma de muestras en condiciones adecuadas para la atención de los deportistas, en la sede de la UCAD – PRD **EVIDENCIA**: Registro fotográfico de las condiciones de laboratorio clínico y toma de muestras. **UBICACIÓN:** UCAD - PRD
Obligación No. 4: Verificar la existencia de los elementos e insumos mínimos que se requieren para el desarrollo de las atenciones en los diferentes servicios.	**AVANCE:** Durante este periodo se realizó revisión e inventario de medicamentos de acuerdo al Kárdex, en la UCAD – PRD y se realizó el alistamiento de los botiquines para los médicos del deporte durante las competencias del mes. **EVIDENCIA**: Registro fotográfico. **UBICACIÓN:** Registro fotográfico de armario de medicamentos UCAD - PRD
Obligación No. 5: Realizar la toma de signos vitales y de muestras de laboratorio a los atletas que acudan a los diferentes servicios.	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo se realizaron toma de muestras de laboratorio y apoyo en las brigadas establecidas por bacteriología en la UCAD – PRD **EVIDENCIAS:** Lista de pacientes **UBICACIÓN**: Carpeta física ubicado en el laboratorio clínico y bandeja de salida del correo delia.hernandez@idrd.gov.co

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. 6: Realizar y apoyar actividades de educación en salud dirigidas a los atletas de las diferentes ligas deportivas	**ACTIVIDADES:** Durante este periodo no se realizó la actividad **EVIDENCIAS:** N/A **UBICACIÓN**: N/A
Obligación No. 7: Acudir a los eventos locales, distritales y nacionales que le sean programados por el Supervisor del Contrato en ejecución de su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos. Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales deben ser autorizados por la Dirección General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD.	**ACTIVIDADES: S**e hizo presencia en actividades, capacitaciones y reuniones realizadas o agendadas por la institución. IDRD – UCAD. **EVIDENCIAS:** Registro fotográfico. **UBICACIÓN**: CINEMATECA DISTRITAL - UCAD – PRD – IDRD.
Obligación No. 8: Gestionar las herramientas digitales, tecnologías y/o ofimáticas necesarias para garantizar la ejecución del contrato de manera presencial y/o virtual contando con los medios y herramientas tecnológicas para la constante comunicación con el supervisor del contrato, para el cumplimiento del objeto y obligaciones del contrato.	**ACTIVIDADES:** Se cuenta con computador y acceso a internet en el área del laboratorio clínico y procedimientos mínimos UCAD - PRD **EVIDENCIAS:** Computadores de escritorio e internet **UBICACIÓN**: Laboratorio clínico y procedimientos mínimos UCAD - PRD
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

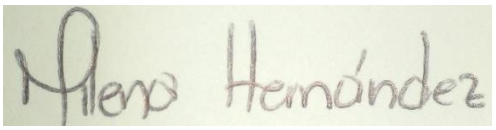
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	CAPITAL SALUD	145.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	185.600
PAGO RIESGOS LABORALES	SURA	28.300
	TOTAL	358.900

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)

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

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

LA CONTRATISTA CUMPLIÓ CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DURANTE EL PERIODO EN REFERENCIA.



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Miguel Alexander Niño Rey
N° de Identificación: 79.396.713
Cargo: Asesor de Dirección Grado 105-01
Coordinador UCAD.

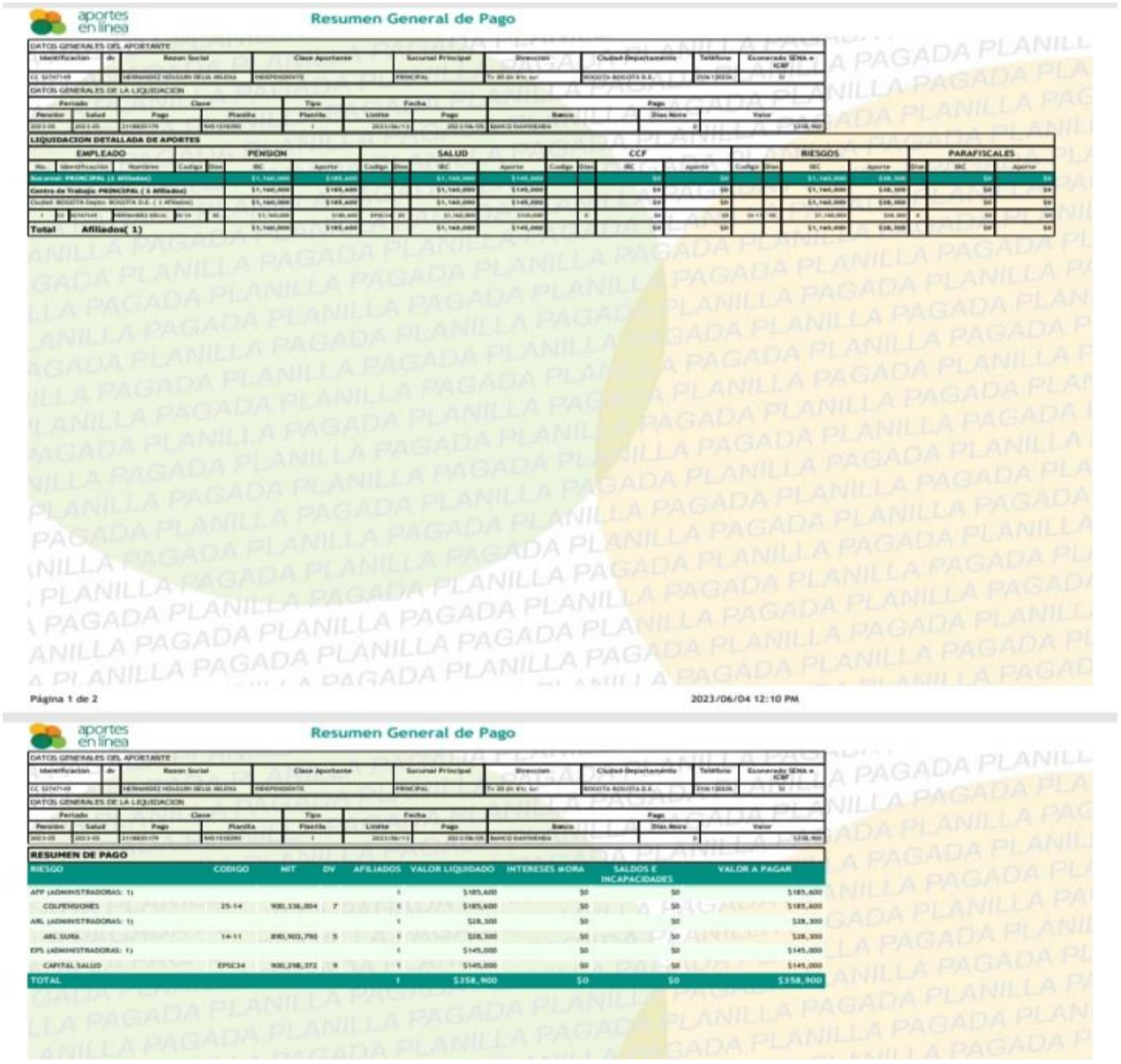


VoBo Supervisor del contrato (E)
Nombre: Vilma Donado Diaz Granados
N° de Identificación: 52.716.332 de Bogotá
Cargo: Contratista Área de Deportes IDRD-CTO-0808-2023
Nota: Radicado IDRD No. 20235100138641 Encargo a partir del 20 de junio al 09 de julio de 2023

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)

Planilla de pago mes de JUNIO



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tr 20 Bis 61c Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3501130336	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2118820179	945151639O	I	2023/06/12	2023/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF			RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	52747149	HERNANDEZ DELIA	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	59	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

Página 1 de 2 2023/06/04 12:10 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52747149		HERNANDEZ HOLGUIN DELIA HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tr 20 Bis 61c Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3501130336	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2118820179	945151639O	I	2023/06/12	2023/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$358,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

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)

Certificación cumplimiento mes de JUNIO

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	**Delia Milena Hernández Holguín**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**52747149**	**N° contrato**		**1314-2023**	
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	**x**
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2022, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2022), equivalentes a $53,205,600							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	**9451518390**			Fecha de pago	5/06/2023		Valor pagado	$ 358.900,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**$ 145.000,00**				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**$ 185.600,00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**28.300,00**				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 (2022). 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 (2022). 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 $254.472 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))									**#**	
	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 (2022) $9.881.040 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 (2022) $9.881.040 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 **6** AA **2023**



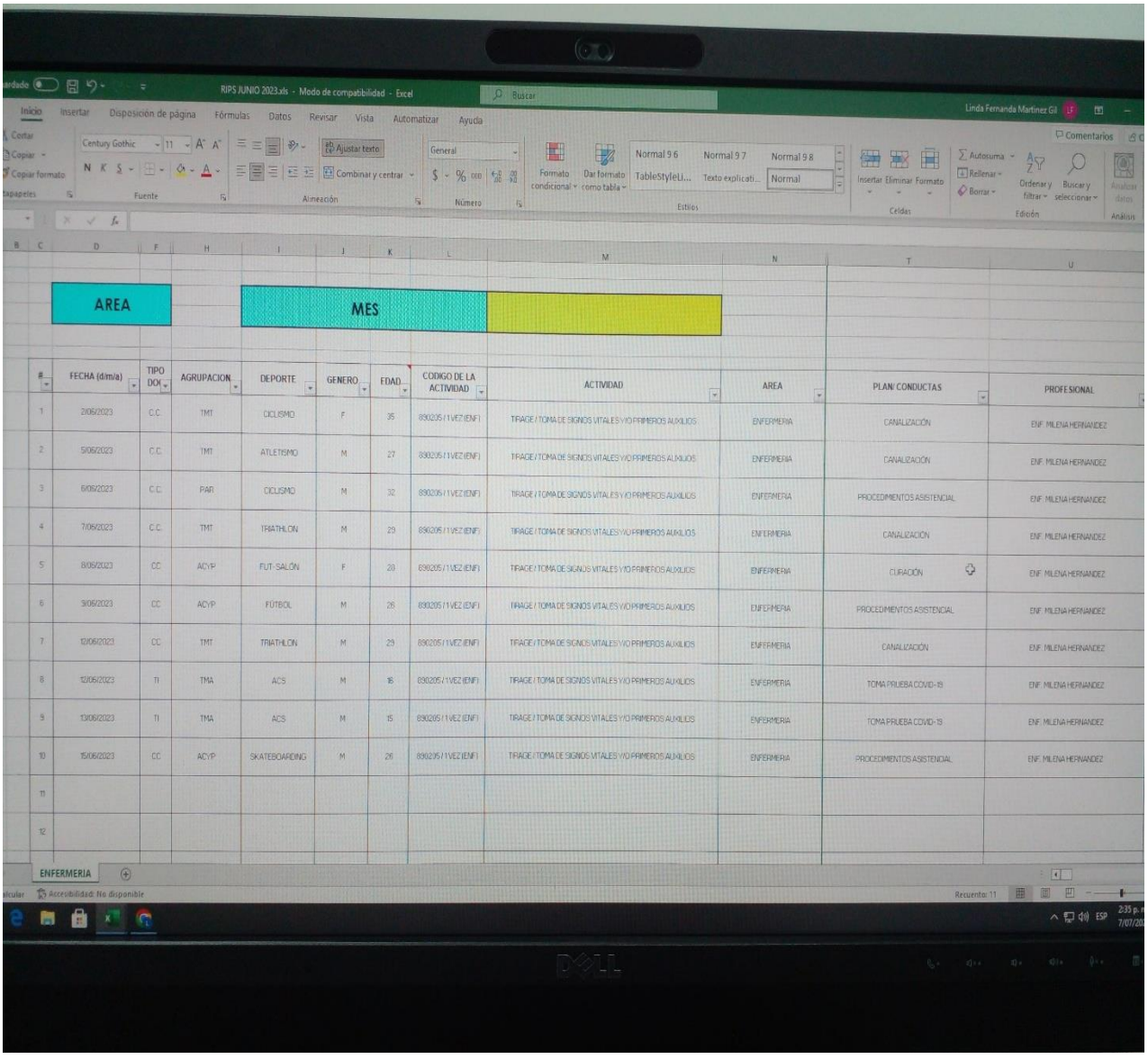
FIRMA

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)

EVIDENCIAS

OBLIGACION 1
RIPS JUNIO

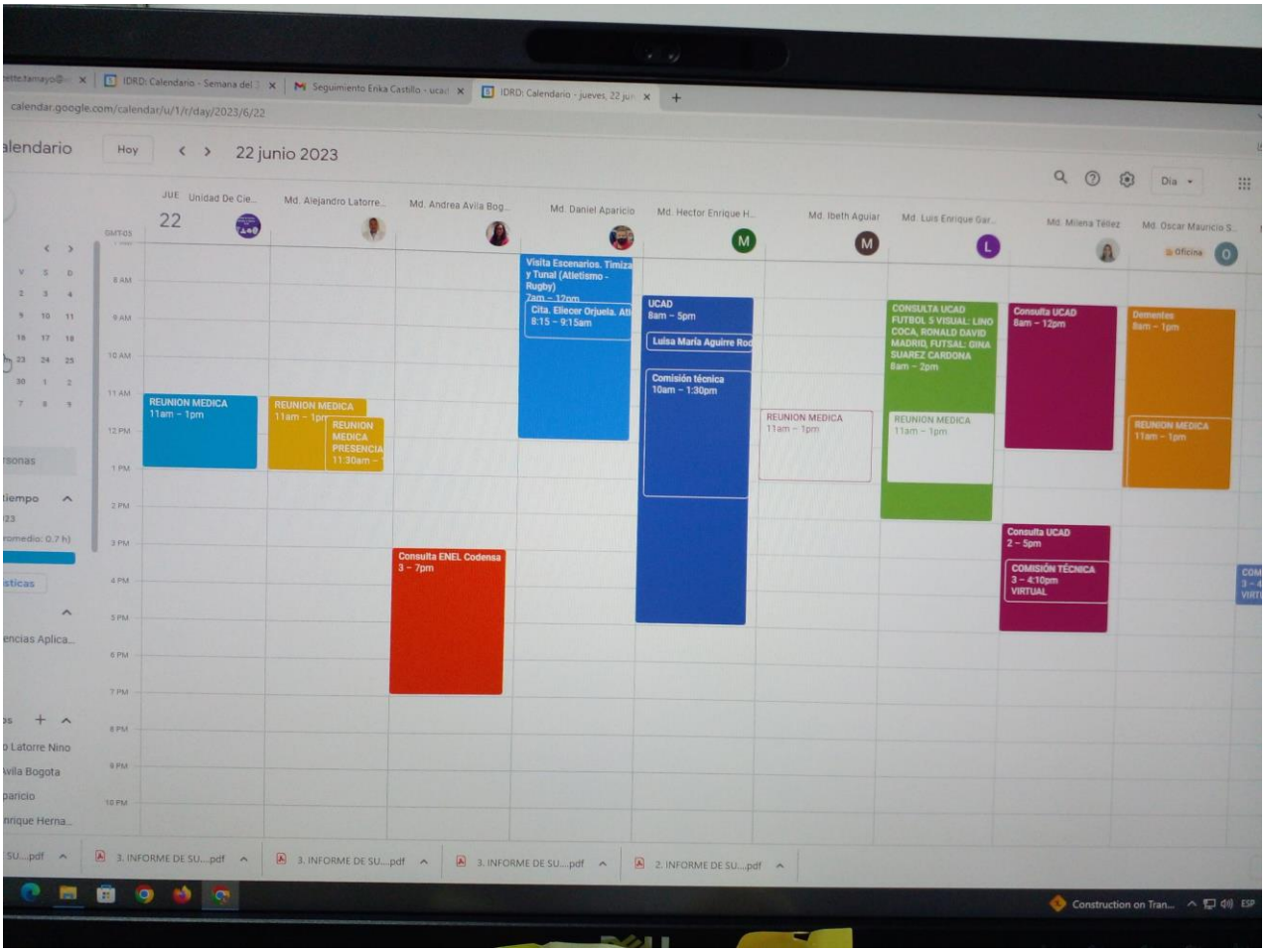


#	FECHA (d/m/a)	TIPO DOC	AGRUPACION	DEPORTE	GENERO	EDAD	CODIGO DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	AREA	PLAN/ CONDUCTAS	PROFESIONAL
1	2/06/2023	C.C.	TMT	CICLISMO	F	35	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	CANALIZACIÓN	ENF. MILENA HERNANDEZ
2	5/06/2023	C.C.	TMT	ATLETISMO	M	27	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	CANALIZACIÓN	ENF. MILENA HERNANDEZ
3	6/06/2023	C.C.	PAR	CICLISMO	M	32	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	PROCEDIMIENTOS ASISTENCIAL	ENF. MILENA HERNANDEZ
4	7/06/2023	C.C.	TMT	TRIATHLON	M	29	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	CANALIZACIÓN	ENF. MILENA HERNANDEZ
5	8/06/2023	CC	ACYP	FUT-SALÓN	F	28	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	CURACIÓN	ENF. MILENA HERNANDEZ
6	9/06/2023	CC	ACYP	FÚTBOL	M	26	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	PROCEDIMIENTOS ASISTENCIAL	ENF. MILENA HERNANDEZ
7	12/06/2023	CC	TMT	TRIATHLON	M	29	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	CANALIZACIÓN	ENF. MILENA HERNANDEZ
8	13/06/2023	TI	TMA	ACS	M	16	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	TOMA PRUEBA COVID-19	ENF. MILENA HERNANDEZ
9	13/06/2023	TI	TMA	ACS	M	15	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	TOMA PRUEBA COVID-19	ENF. MILENA HERNANDEZ
10	15/06/2023	CC	ACYP	SKATEBOARDING	M	26	890205 (1 VEZ (ENF)	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	PROCEDIMIENTOS ASISTENCIAL	ENF. MILENA HERNANDEZ
11											
12											

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)

OBLIGACION 2
AGENDA DIGITAL DE CONSULTA MÉDICA



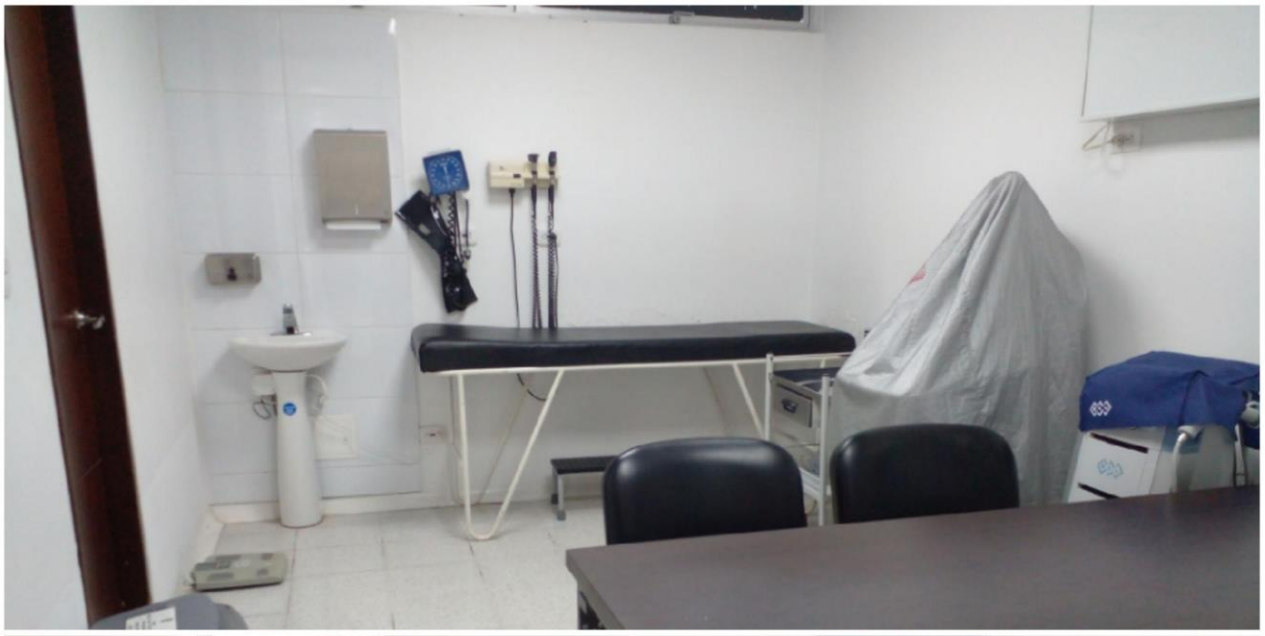
INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

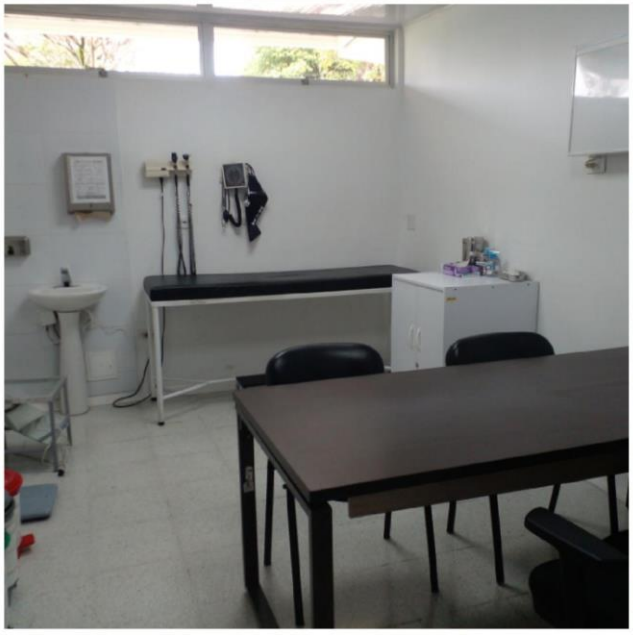
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

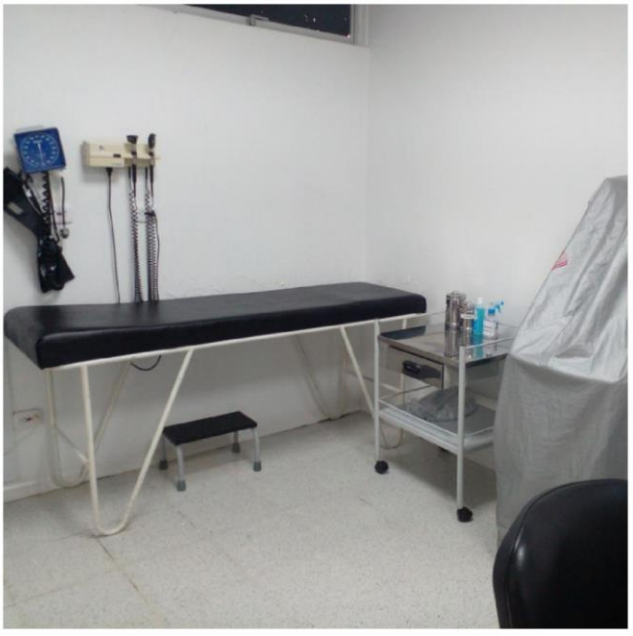
OBLIGACION 3
CONSULTORIOS MEDICOS

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 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)

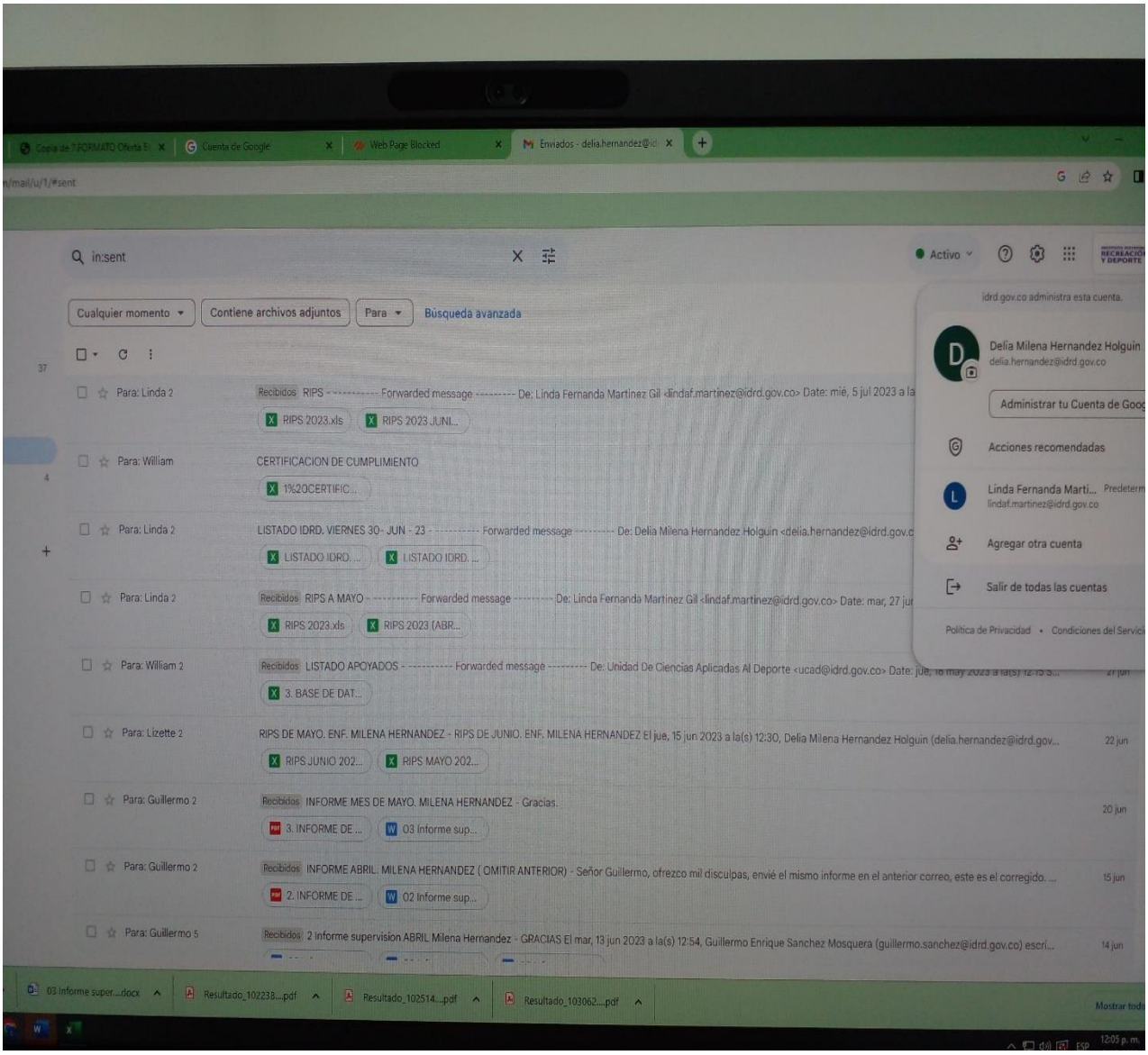
OBLIGACION 4
ARREGLO DE BOTIQUINES Y ARMARIO DE ELEMENTOS MÉDICOS



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)

OBLIGACION 5
CORREO ELECTRÓNICO DE RESULTADOS DE LABORATORIOS



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)

OBLIGACION 7

ACTIVIDADES Y REUNIONES



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)

OBLIGACION 8
SECOP II

