# 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.** | 14 | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DEL INFORME** | **DD** | **MM** | **AAAA** |
| | 29 | 04 | 2024 |

| **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 ($26,210,000) | Registre el valor total del contrato |
| FECHA ACTA DE INICIO | 30 de MARZO 2023 | Registre la fecha de inicio del acta |
| ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique) | **30 de** ENERO **2024- 29 de ABRIL 2024 SIETE MILLONNES OCHOSIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS ($ 7.863.000) TRES (3) MESES** | 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 ABRIL DEL 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 Abril 2024 – 29 de Abril 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: 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 realizó toma de muestra sanguínea y curaciones en procedimientos mínimos.<br>**EVIDENCIAS:** Registro en los RIPS, registro de actividades.<br>**UBICACIÓN: bandeja de salida delia.hernandez@idrd.gov enviado al correo electrónico lizette.tamayo@idrd.gov.co** |
| Obligación No. 2: Diligenciar y consolidar la agenda para la atención de los atletas. | **ACTIVIDADES:** Durante este periodo se realizó agendamiento de jornadas de toma de muestras para los deportistas citados por los médicos.<br>**EVIDENCIA:** Pantallazo de lista de deportistas citados indicando hora y fecha.<br>**UBICACIÓN:** Bandeja de entrada de correo electrónico delia.hernandez@idrd.gov.co - izette.tamayo@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 en óptimas condiciones los consultorios médicos, laboratorio clínico y toma de muestras para la atención de deportistas, en la sede UCAD-PRD.<br>**EVIDENCIA**: Registro fotográfico de consultorios de UCAD salitre.<br><br>**UBICACIÓN:** UCAD**-PRD – UCAD TUNAL .** |
| 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 con el Kárdex, en la UCAD _ PRD y se realizó revisión y temperatura de medicamentos de armario de UCAD.<br><br>**EVIDENCIA**: Registro fotográfico de armario de medicamentos ucad salitre.<br><br>**UBICACIÓN:** Registro fotográfico del armario de medicamentos UCAD – PRD. |

## 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. 5: Realizar la toma de signos vitales y de muestras de laboratorio a los atletas que acudan a squashlos diferentes servicios. | **ACTIVIDADES:** Durante este periodo se realizaron jornadas de toma de muestras.<br><br>**EVIDENCIAS:** Resultados de Laboratorio clínico de deportistas, enviado al correo electrónico de médicos solicitantes.<br><br>**UBICACIÓN:** bandeja de salida de correo electrónico Delia.hernandez@idrd.gov.co |
| 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<br><br>**EVIDENCIAS:** N/A<br><br>**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:** Durante este periodo no se realizó esta actividad.<br><br>**EVIDENCIAS:** N/A<br>**UBICACIÓN**: N/A |
| 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 de laboratorio clínico y procedimientos mínimos UCAD -PRD.<br><br>**EVIDENCIAS:** Pantallazo rips laboratorio clínico, exámenes solicitados y realizados por laboratorio externo y ucad salitre.<br><br>**UBICACIÓN**: bandeja de salida delia.hernandez@idrd.gov.com enviado a lizette.tamayo@idrd.gov.com |
| **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 | |

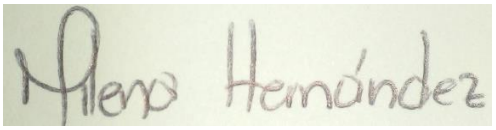
desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

### 3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

| DESCRIPCIÓN DEL APORTE | NOMBRE EMPRESA | VALOR APORTE PAGADO |
|---|---|---|
| PAGO APORTES SALUD | CAPITAL SALUD | 162.800 |
| PAGO APORTES PENSIÓN | COLPENSIONES | 208.400 |
| PAGO RIESGOS LABORALES | SURA | 31.800 |
| | **TOTAL** | 403.000 |

**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 300 9121102:

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



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: Juan David Gutiérrez Vallejo
N° de Identificación: 1.023.914.924
Cargo: Asesor de Dirección Grado 105-01
Coordinador UCAD

# 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 ABRIL

aportes en línea

### Planilla Resumen

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 MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Tv 20 dn 61c sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3106130226 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-03 | 2024-03 | 571895354 | 94648024 74 | I | 2024/04/10 | 2024/04/12 | BANCO DAVIVIENDA | 2 | $403,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |
| 1 | CC 52747149 | HERNANDEZ DELIA | | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | 2.436% | $31,700 | 0 | $0 | $0 | No | $402,200 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $402,200 |

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 MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Tv 20 dn 61c sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3106130226 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-03 | 2024-03 | 571895354 | 94648024 74 | I | 2024/04/10 | 2024/04/12 | BANCO DAVIVIENDA | 2 | $403,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $400 | $0 | $208,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $400 | $0 | $208,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $300 | $0 | $162,800 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $300 | $0 | $162,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $800 | $0 | $403,000 |

# 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 de cumplimiento ABRIL

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 | **HERNANDEZ HOLGUIN DELIA MILENA** | | | | | | | | | |
| 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 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 | **9464802474** | | | Fecha de pago | 24/04/2024 | Valor pagado | $ 403.000,00 | | | |
| | Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $ | **$ 162.800,00** | | | Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $ | **$ 208.400,00** | | | | | |
| | Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $ | **31.800,00** | | | 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 (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 | X | NO | |
| 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 **29** MM **4** AA **2024**

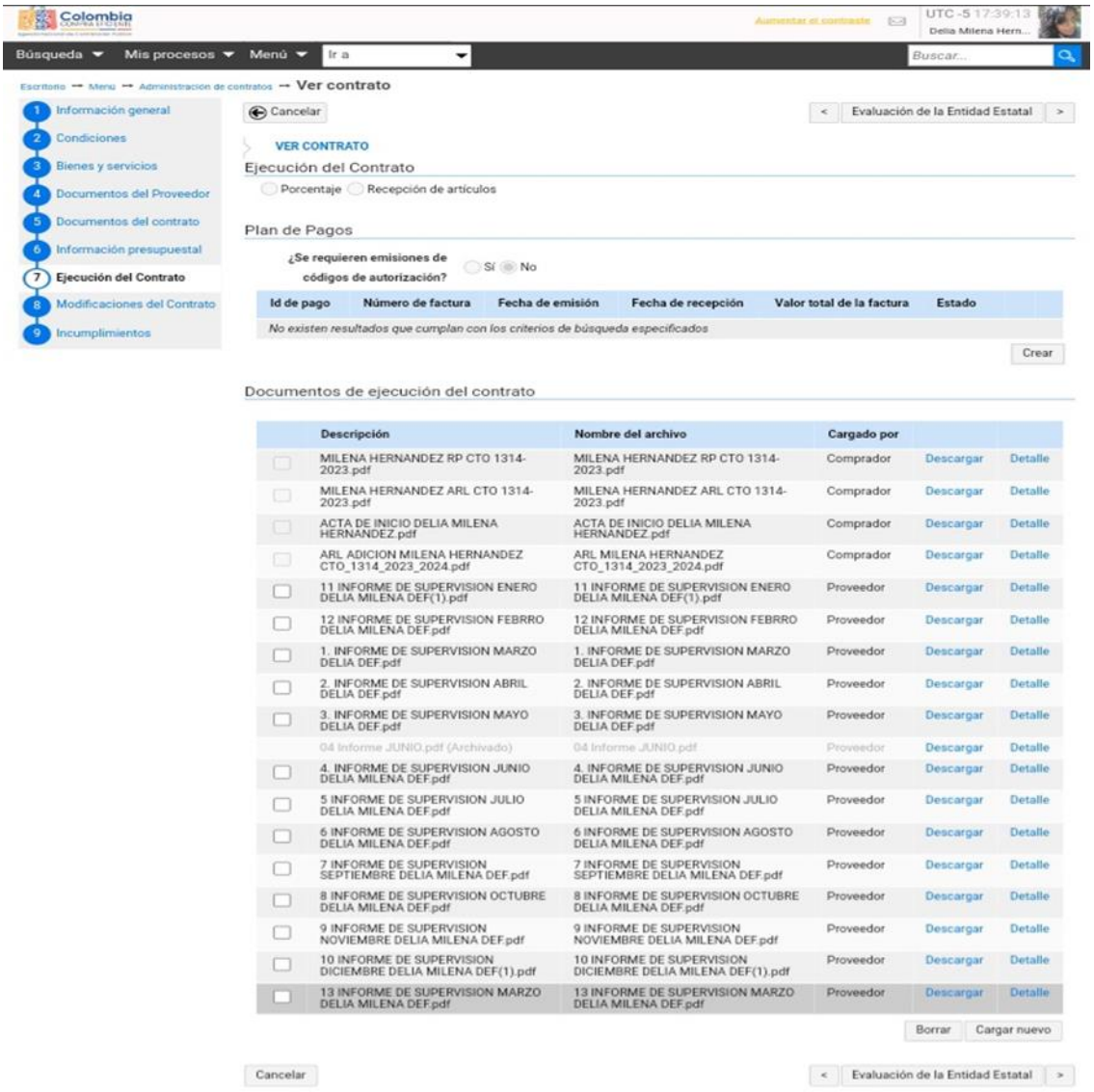


FIRMA

## 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)**

### SECOP II

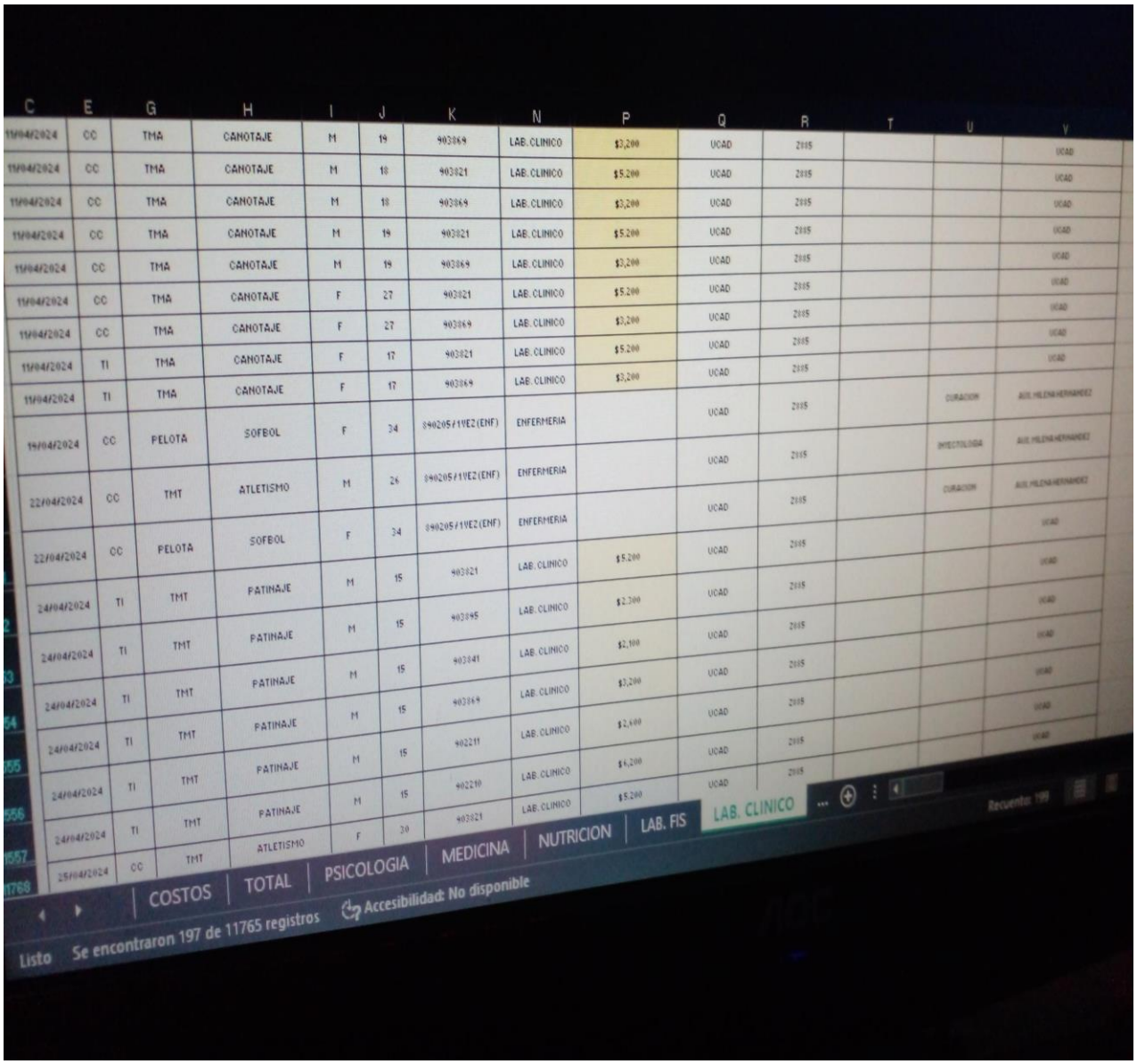


## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

### EVIDENCIAS

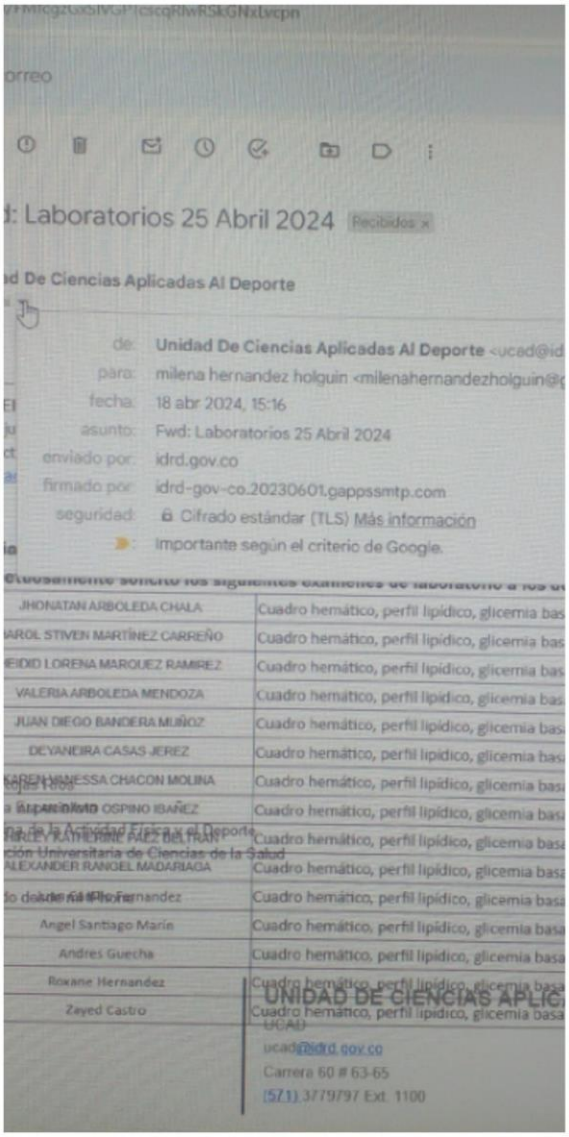
### EVIDENCIA 1 RIPS

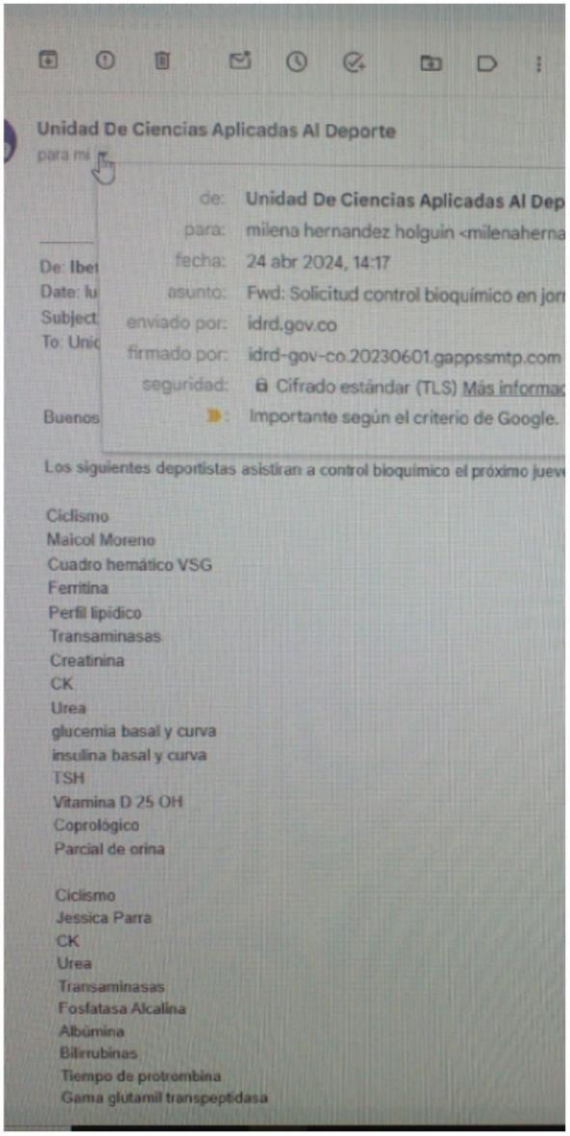


## INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

### EVIDENCIA 2
### AGENDA LABORATORIO TOMA DE MUESTRAS



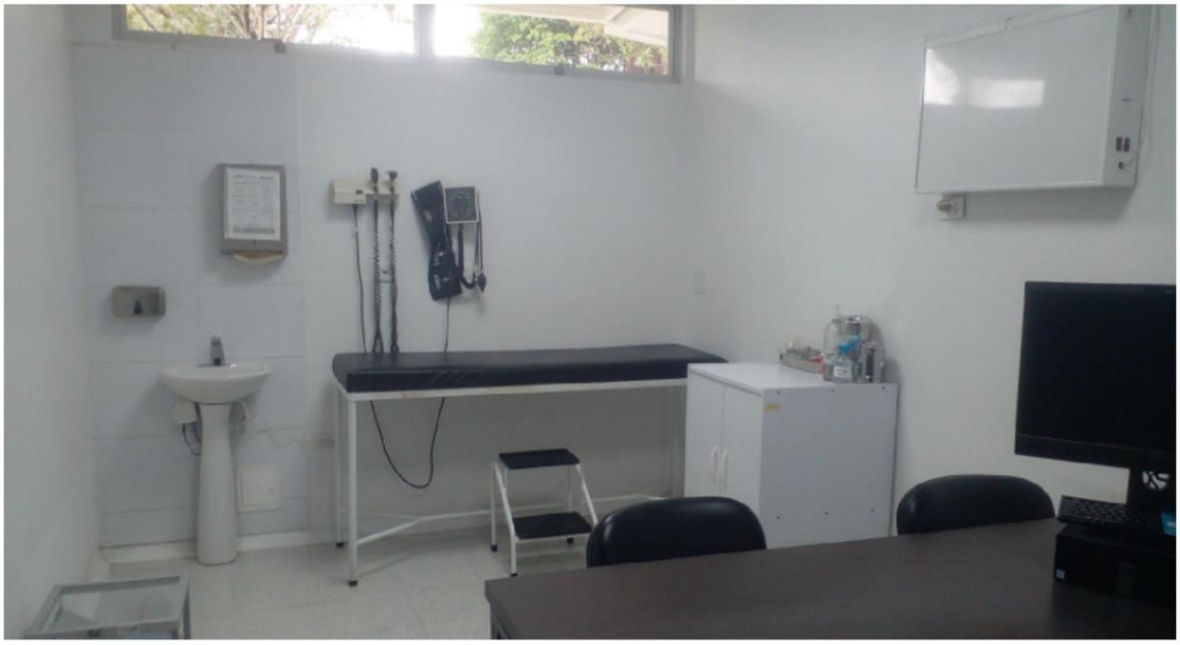



# INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

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

## EVIDENCIA 3
## CONSULTORIOS UCAD





## 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)**

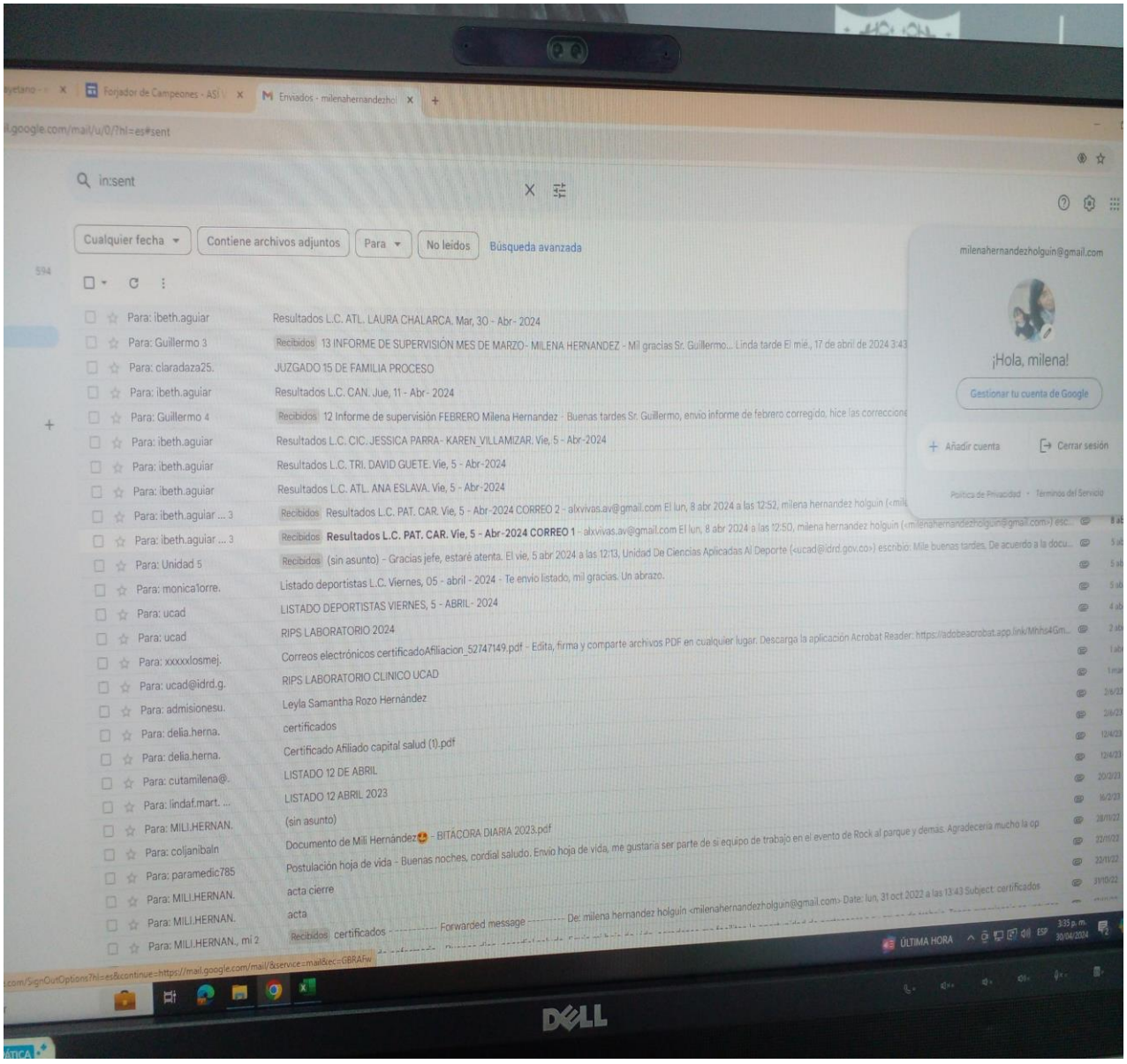
### EVIDENCIA 4
### ARMARIO DE MEDICAMENTOS



## 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)**

EVIDENCIA 5
RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO.



# 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)**

EVIDENCIA 8
HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS

