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.
04
FECHA DEL INFORME
31-08-2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-1564-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2024800701602679E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52747149
PLAZO DE EJECUCIÓN	8 meses
VALOR	$ 22.912.000
FECHA ACTA DE INICIO	21/05/2024
FECHA DE TERMINACIÓN	31/12/2024
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 2.864.000
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2024-08-01 - 2024-08-31
OBJETO DEL CONTRATO	
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA BRINDAR LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD DE CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE PARA LOS ATLETAS DEL REGISTRO DEPORTIVO DE BOGOTA	

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 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, en las sedes de la UCAD.	ACTIVIDADES: Durante este periodo se realizó inyectología y curaciones en procedimientos mínimos. EVIDENCIAS: Registro en los RIPS, registro de actividades. UBICACIÓN: bandeja de salida delia.hernandez@idrd.gov enviado al correo electrónico lizette.tamayo@idrd.gov.co
Obligación 2 Mantener los consultorios en las condiciones adecuadas y exigidas para la óptima atención de los diferentes profesionales de la salud.	ACTIVIDAD: Durante este periodo se mantuvo en óptimas condiciones los consultorios médicos para la atención de deportistas, en la sede UCAD-PRD y fisioterapia en sede Tunal. EVIDENCIA: Registro fotográfico de consultorios de medicina, UCAD salitre consultorio sede Tunal. UBICACIÓN: UCAD - PRD y Tunal.
Obligación 3 Verificar la existencia de los elementos e insumos mínimos que se requieren para el desarrollo de las atenciones en los diferentes servicios de las sedes UCAD.	Actividades: Durante este periodo se realizó revisión e inventario de medicamentos de acuerdo con el Kárdex, en la UCAD _ PRD y se alistaron botiquines a los médicos para las respectivas competencias programadas. Evidencia: Registro fotográfico de botiquines con insumos y medicamentos para competencias deportivas. Ubicación: Equipo de computo del laboratorio clínico UCAD Salitre y bandeja de borradores delia.hernandez@idrd.gov.co
Obligación 4 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 realizo toma de muestras a deportistas citados por los médicos y bacterióloga. EVIDENCIAS: Registro fotográfico de listado de asistentes a toma de muestras. UBICACIÓN: Rips ubicados en bandeja de salida correo electrónico delia.hernandez@idrd.gov enviado al correo electrónico lizette.tamayo@idrd.gov.co
Obligación 5 Realizar y apoyar actividades de educación en salud dirigidas a los atletas de las diferentes ligas deportivas.	Actividades: Durante este periodo no se realizaron estas actividades. Evidencias: N/A. Ubicacion: N/A.

Obligación 6 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 y presentar el informe de atención y asistencias a competencias cuando se designe, referenciando las actividades realizadas. 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 en coordinación con el supervisor	Actividades: Durante este periodo se hace presencia en las actividades y reuniones programadas por el IDRD. informe presupuestal el día 19 de Julio del 2024, salón A IDRD. Reunión en nutrición de talleres de salud mental el día 1 de Agosto/2024. Reunión salón presidente en IDRD, taller : DEPORTE SEGURO, 14 de agosto/2024. Reunión virtual informativa INFORMES, 23 de Agosto/2024. Evidencias: Registro fotográfico y listado de asistencia . Ubicación: Instalaciones de nutrición UCAD. Salón presidentes IDRD. Reunión virtual UCAD.
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	

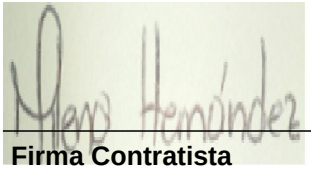
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 31.700
	TOTAL	$ 402.200

Ver Archivo Anexo

4. ANEXOS

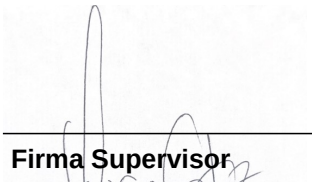
Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista
Nombre Completo: DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN
No. Identificación: 52747149
Cargo: CONTRATISTA

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

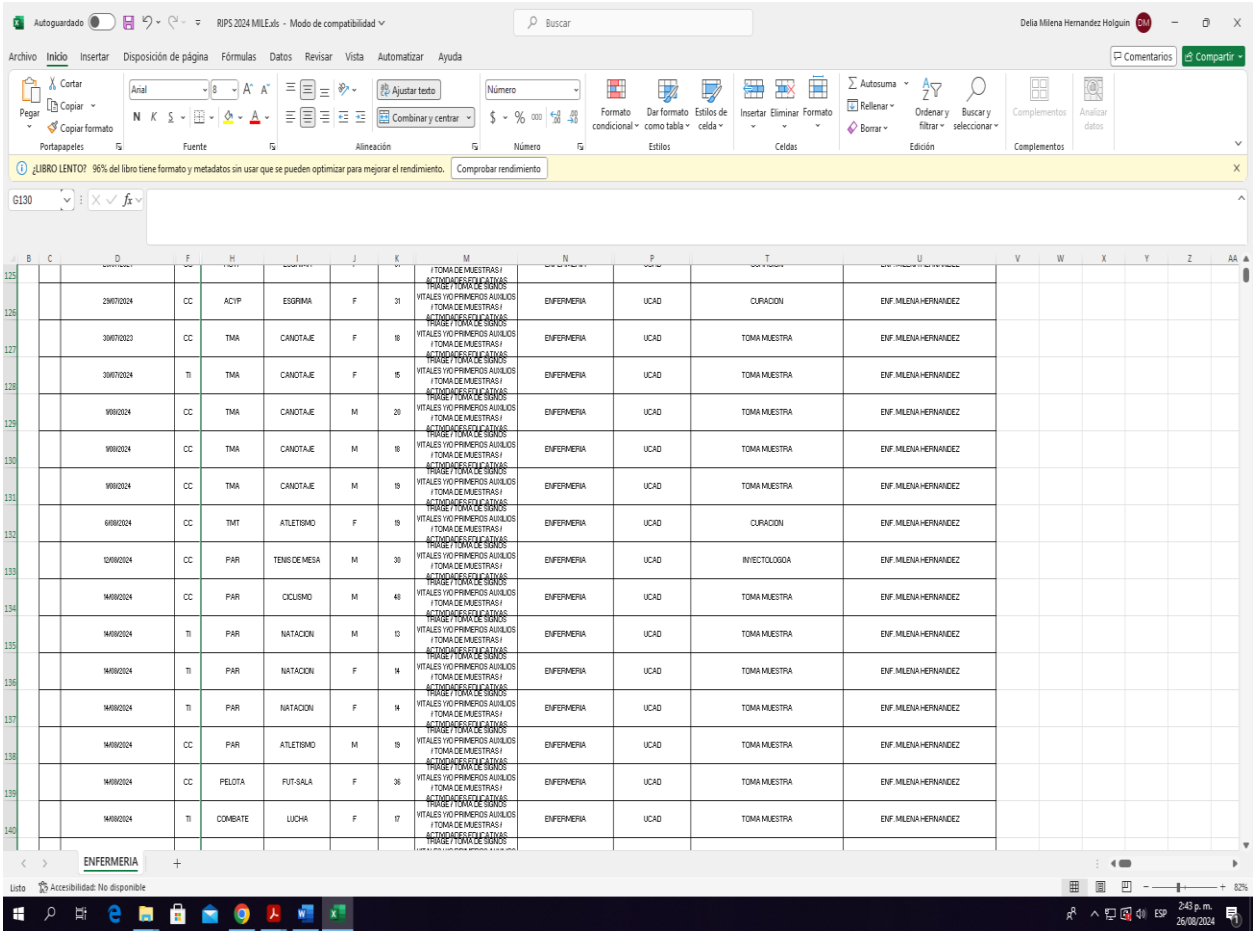
El contratista cumple con las obligaciones contractuales y las tareas asignadas en los tiempos pactados, demostrando su compromiso, calidad y colaboración con el equipo de trabajo.



Firma Supervisor
Nombre Completo: JUAN DAVID GUTIERREZ VALLEJO
No. Identificación: 1023914924
Cargo: ASESOR 105-01

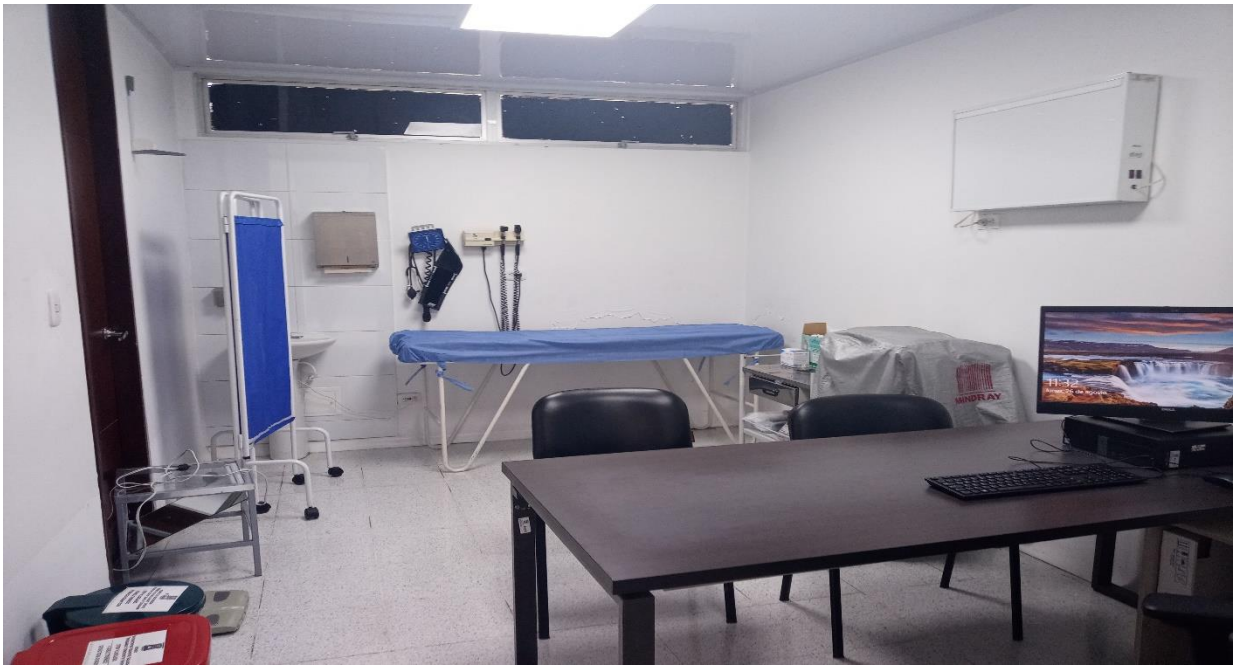
OBLIGACION 4

RIPS DE AGOSTO.








MINDRAY

Portal Contratista - Portal Contr | EVIDENCE_2024-07_3_2024073 | EVIDENCE_2024-07_2_2024072 | Enviados - delia.hernandez@id

mail.google.com/mail/u/0/#sent?projector=1

EXISTENCIA DE MEDICAMNETOS.xlsx — Abrir con

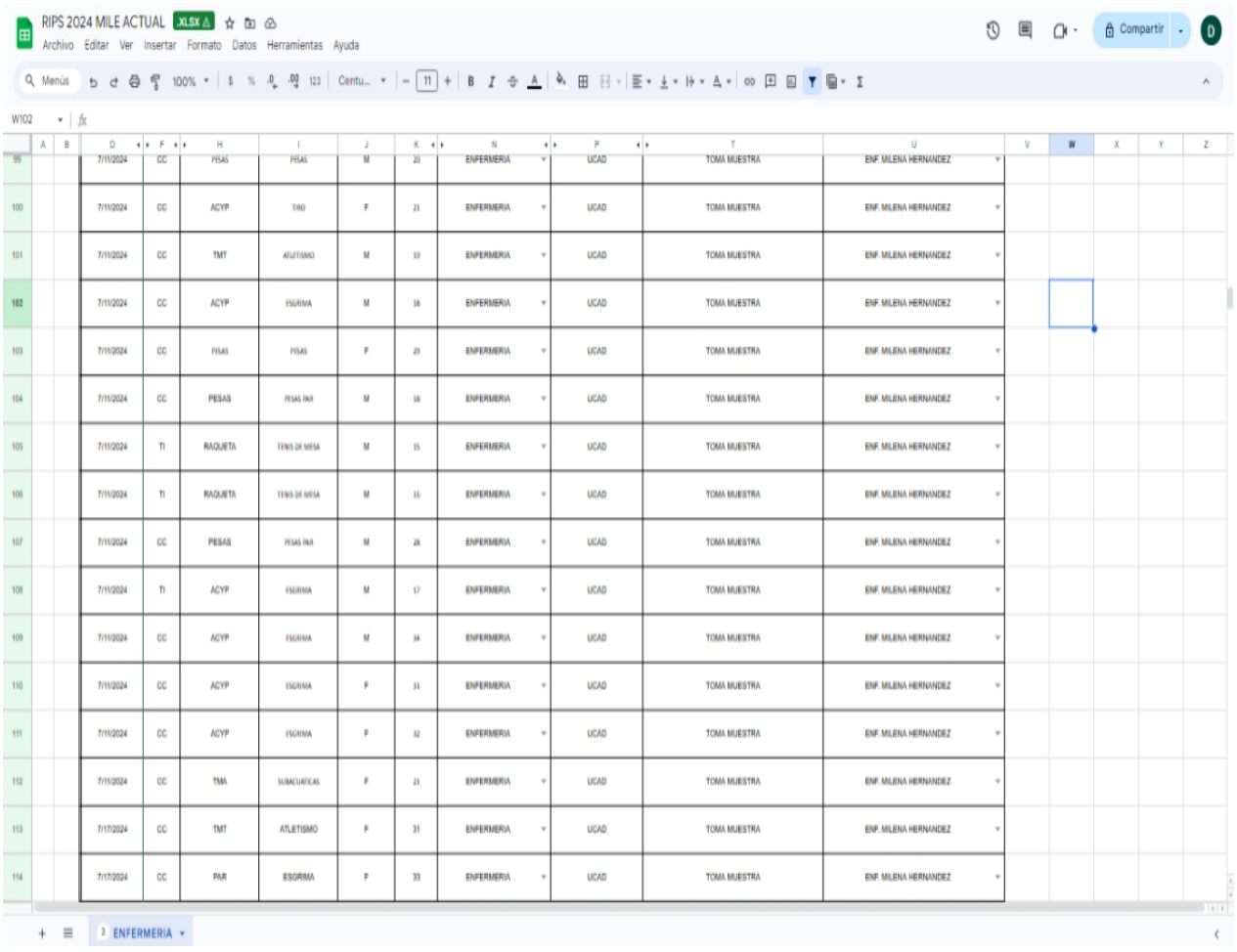
	A	B	C	D	E	F
1	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	EXISTENCIAS				
2	AMBROXOL SUSP 30MG/5ML	3 FRASCOS				
3	AMOXICILINA 875 + ACIDO CLAVULAMICO 125	8 CAJAS X 14 TAB				
4	BENOXINATO HCL 0.4%	11	4 PROX VEN			
5	CARBOXIMETILCELULOSA 0,5%	1				
6	CETILPIRIDINIO CLORURO + BENOXINATO 10 CLORHIDRATO TABS 15MG / 0.2 MG UY X 12	2 CAJ X 10				
7	CIPROFLOXACINA 0,3%	2 CAJ X 10				
8	CLORURO DE SODIO 0.65%	12 SPRAY				
9	DEXKETOPROFENO	8 CAJ X 20 TAB				
10	ENTEROGERMINA / ESPORAS DE BACILLUS CLAUSII	4 CAJAS X 10				
11	FERNIECT	1				
12	FLUCONAZOL 150 MG X 2 CAPS - GENFAR	15 CAJ X 2 TAB				
13	HIALURONATO DE SODIO AMP 25MG / 2.5ML CAJA X 1 JERINGA PRELLENADA	9 CAJAS				
14	HIDROXICINA HCL	24 TAB				
15	HIDROXIDO DE MAGNESIO X 120	3				
16	HIDROXIDO DE MAGNESIO X 360	5				
17	IBUPROFENO 600 MG CAJA X 10	3 CAJ X 50 TAB				
18	IVERMECTINA 0.6%	9				
19	KETOPROFENO 2.5 GR/100 GR	4				
20	LAGRIMAS ARTIFICIALES GOTAS	25 GOTEROS				
21	LORATADINA 10 MG X 10 TABS - LA SANTE	0				
22	LYRICA / PREGABALINA	2 CAJ X 10				
23	METOCLOPRAMIDA 10 MG X 30 TABS	8 CAJ X 30				
24	N BUTILBROMURO DE HIOSCINA+ ACETAMINOFEN	0				
25	OMEPRAZOL 20 MG X 30 CAPS - LA SANTE	15 CAJAS X 10	17 CAJ PROX			
26	OXIMETAZOLINA CLORHIDRATO 0,25%	3				
27	OXITETRACICLINA + POLIMIXINA B	5				
28	PIROXICAM TABLETAS SUBLINGUALES	5 CAJ X 10				
29	PROCAINA 1%					
30	RIFAMICINA 1%	9 SPRAY				
31	SALICILATO DE METILO 30 GR + MENTOL 8 GR 45 (CREMA FORZ)	0				
32	SODERMIX	2				
33	TINIDAZOL 300MG	7 CAJ X 8 TAB				
34	TIZANIDINA 2 MG TABS - LAFRANCOL	0				
35	TOBRAMICINA 0,3% + DEXAMETASONA 0,1%	5				
36	TOBRAMICINA 3 MG + DEXAMETASONA 1 MG /ML	5				
37	VERSATIS 5% / LIDOCAINA	9 CAJAS				
38	VERSATIS 5% / LIDOCAINA	25 CAJAS				
39	VITAMINA B12, B6, B1 + LIDOCAINA (B-VIT FIT) AMPOLLAS X 3 JERINGAS PRELLENADAS - PROCAPS	3				
40	VITAMINA B12, B6, B1 + LIDOCAINA (B-VIT PLUS)100MG-100MG-100MG-10MG X 2ML SOL.INY AMPOLLAS	0				
41	ACETAMINOFEN 350mg + TIZANIDINA 2mg	0				
42	ACETAMINOFEN 350MG + TIZANIDINA 2MG CAJA X 20 TAB	0				
43	ACETAMINOFEN TAB 500MG CAJA X 100 TAB	0				





OBLIGACION 4

PROCEDIMIENTOS Y TOMA DE MUESTRAS.

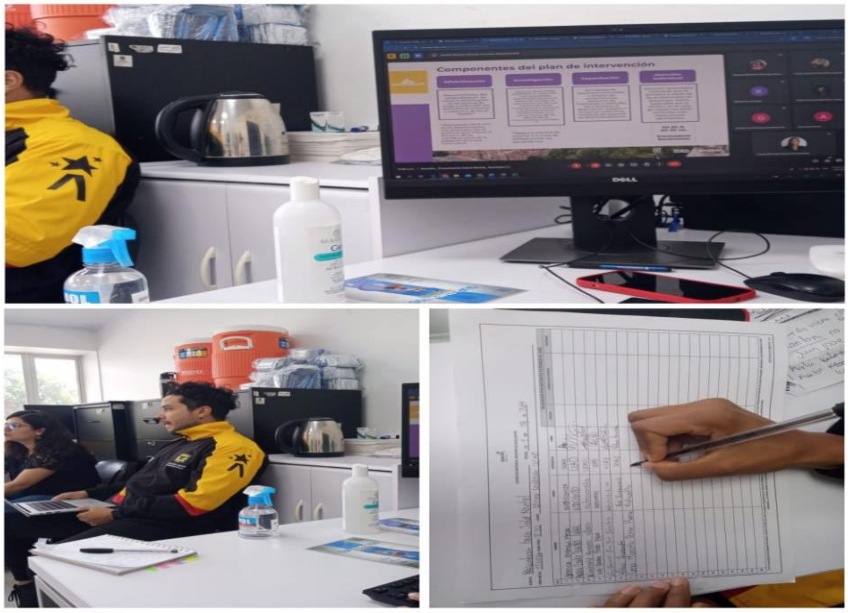


RIPS 2024 MILE ACTUAL .XLSX

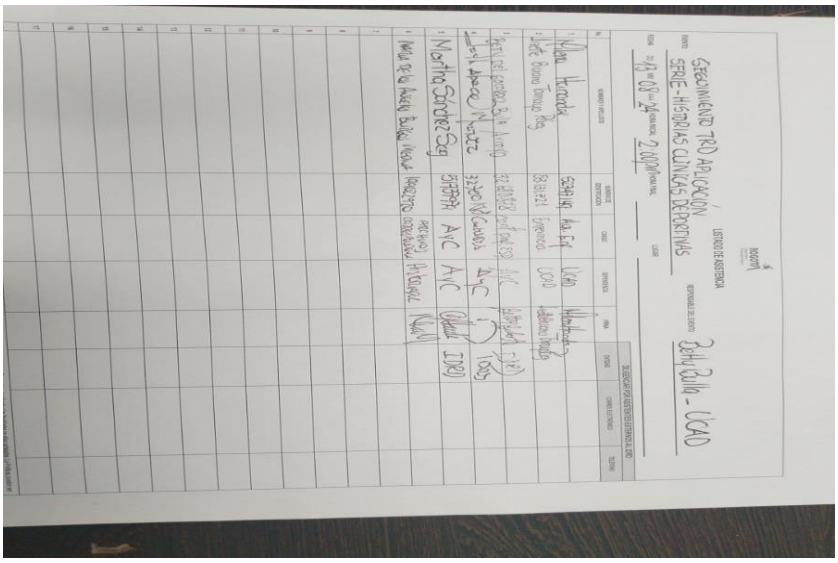
	D	F	H	I	J	K	N	P	T	U
99	7/11/2024	CC	PESAS	PESAS	M	20	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
100	7/11/2024	CC	ACYP	TIRO	F	21	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
101	7/11/2024	CC	TMT	ATLETISMO	M	19	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
102	7/11/2024	CC	ACYP	ESGRIMA	M	18	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
103	7/11/2024	CC	PESAS	PESAS	F	20	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
104	7/11/2024	CC	PESAS	PESAS PAR	M	18	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
105	7/11/2024	TI	RAQUETA	TENIS DE MESA	M	15	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
106	7/11/2024	TI	RAQUETA	TENIS DE MESA	M	15	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
107	7/11/2024	CC	PESAS	PESAS PAR	M	28	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
108	7/11/2024	TI	ACYP	ESGRIMA	M	17	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
109	7/11/2024	CC	ACYP	ESGRIMA	M	34	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
110	7/11/2024	CC	ACYP	ESGRIMA	F	31	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
111	7/11/2024	CC	ACYP	ESGRIMA	F	32	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
112	7/11/2024	CC	TMA	NATACION	F	21	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
113	7/17/2024	CC	TMT	ATLETISMO	F	31	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ
114	7/17/2024	CC	PAR	ESGRIMA	F	33	ENFERMERIA	UCAD	TOMA MUESTRA	ENF. MILENA HERNANDEZ

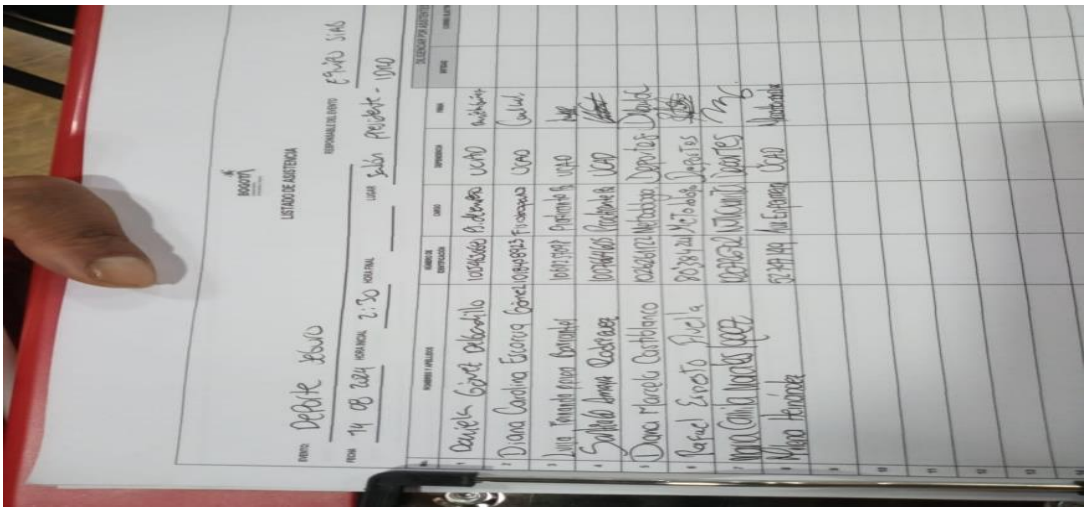
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

REUNIONES Y ACTIVIDADES UCAD Y IDRD.
ACTIVIDAD SALUD MENTAL_UCAD 1/08/2024



SEGUIMIENTO HISTORIAS CLINICAS 13/08/2024

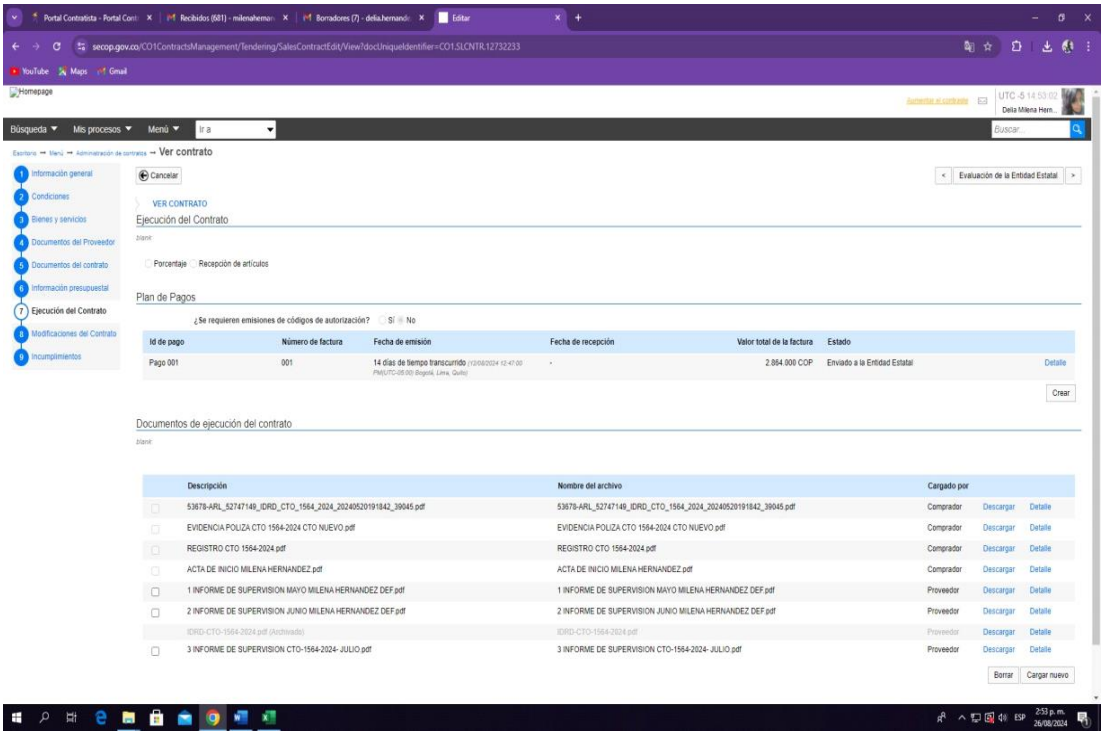




ACTUALIZACION DE CARGUE DE INFORMES UCAD_ REUNION VIRTUAL 27/08/2024



SECOP II


Portal Contratista - Portal Cont
Recibidos (681) - milenaherna
Borradores (7) - delia.hernand
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12732233
YouTube
Maps
Gmail
Homepage
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
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
Pago 001
001
14 días de tiempo transcurrido
2.864.000 COP
Enviado a la Entidad Estatal
Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
53678-ARL_52747149_IDRD_CTO_1564_2024_20240520191842_39045.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
EVIDENCIA POLIZA CTO 1564-2024 CTO NUEVO.pdf
REGISTRO CTO 1564-2024.pdf
ACTA DE INICIO MILENA HERNANDEZ.pdf
1 INFORME DE SUPERVISION MAYO MILENA HERNANDEZ DEF.pdf
Proveedor
2 INFORME DE SUPERVISION JUNIO MILENA HERNANDEZ DEF.pdf
IDRD-CTO-1564-2024.pdf (Archivado)
3 INFORME DE SUPERVISION CTO-1564-2024- JULIO.pdf
Borrar
Cargar nuevo
ESP
2:53 p. m.
26/08/2024

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 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
2024-07	2024-07	862793814	9470463380	I	2024/08/13	2024/08/23	BANCO DAVIVIENDA	10	$405,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
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
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
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	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

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 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
2024-07	2024-07	862793814	9470463380	I	2024/08/13	2024/08/23	BANCO DAVIVIENDA	10	$405,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$1,600	$0	$209,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$300	$0	$32,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$300	$0	$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$1,300	$0	$163,800
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$3,200**	**$0**	**$405,400**

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2024-09-04

Señores

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Atn. Area Financiera

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrarla información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios 1564 de 2024, suscrito entre el IDRD y DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN identificado con C.C 52747149, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

A. De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el párrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016, tomaré costos y/o deducciones asociados a las rentas percibidas por mi contrato. **SI** ☐ **NO** ☒

Si marca (SI), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 4% y 11%).
Si marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383.

B. Soy Pensionado (a) **SI** ☐ **NO** ☒

Requiere adjuntar certificación de pensión

C. Soy declarante de renta **SI** ☐ **NO** ☒

D. Soy responsable de Iva **SI** ☐ **NO** ☒

E. Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de: 0

Responda las preguntas 1 al 10 solo si respondió NO a la pregunta A

1. Durante el año 2023 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) **SI** ☐ **NO** ☒

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

- Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario **SI** ☐ **NO** ☒
- Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor % 0 (% de 1 a 100)

Bajo la gravedad de juramento declaro que el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. Durante el año 2023 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar certificado de la entidad donde se evidencie el valor pagado y el periodo.

4. Para el presente pago realicé aporte a pensiones voluntarios **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia del pago.

5. Para el presente pago realicé aporte a AFC **SI** ☐ **NO** ☒
Anexar copia de la consiganción.

6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** ☐ **NO** ☒

7. Número de dependientes 0

- Hijos menores de 18 años **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere registro civil.

- Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere anexar certificación semestral de pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa.
- Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos
- Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT, o por discapacidad **SI** ☐ **NO** ☒
Requiere adjuntar certtificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos

Nota: Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.



Firma: _____
Nombre: DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
Cédula: 52747149

La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel: 660 5400
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.