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.
01
FECHA DEL INFORME
31-03-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-0426-2025
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2025800701700061E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DELIA MILENA HERNÁNDEZ HOLGUÍN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52747149
PLAZO DE EJECUCIÓN	10 meses
VALOR	$ 30.220.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2025-03-11
FECHA DE TERMINACIÓN	10/01/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	$ 3.022.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-03-11 - 2025-03-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA BRINDAR LA ATENCIÓN EN SALUD; DE LA UNIDAD DE CIENCIAS APLICADAS AL DEPORTE; PARA LOS ATLETAS DEL REGISTRO DEPORTIVO DE BOGOTÁ

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.).

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, Evidencias y Ubicación:

- **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 2: Mantener los consultorios en las condiciones adecuadas y exigidas para la óptima atención de los diferentes profesionales de la salud.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- **ACTIVIDAD**: Durante este periodo se mantuvo los consultorios en condiciones adecuadas para la atención de los deportistas, en la sede de la UCAD – PRD
- **EVIDENCIA**: Registro fotográfico de los consultorios UCAD.
- **UBICACIÓN**: UCAD - PRD

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, Evidencias y Ubicación:

- **ACTIVIDAD**: Durante este periodo se realizó revisión de inventario de medicamentos y Kardex, se suplió medicamentos faltantes en armario.
- **EVIDENCIA**: Registro fotográfico y Excel de existencias 2025.
- **UBICACIÓN**: Registro fotográfico de medicamentos y Kardex en Excel en equipo de cómputo de laboratorio clínico y toma de muestras.

Obligación 4: Realizar la toma de signos vitales y de muestras de laboratorio a los atletas que acudan a los diferentes servicios.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- **ACTIVIDADES**: Durante este periodo se realizo toma de muestras el día viernes 28 de Marzo 2025 para los deportistas citados para jornada de laboratorio solicitado por

los médicos de UCAD – PRD

- **EVIDENCIAS**: Lista de pacientes

- **UBICACIÓN**: Listado de registro de exámenes realizados de acuerdo a la solicitud médica.

Obligación 5: Realizar y apoyar actividades de educación en salud dirigidas a los atletas de las diferentes ligas deportivas.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- **ACTIVIDADES**: Durante este periodo no se realizó esta actividad

- **EVIDENCIAS**: N/A

- **UBICACIÓN**: N/A

Obligación 6: Las demás que sean inherentes al objeto contractual y a las obligaciones precedente.

Actividades, Evidencias y Ubicación:

- **ACTIVIDADES**: Durante este periodo no se realizó esta actividad

- **EVIDENCIAS**: N/A

- **UBICACIÓN**: N/A

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

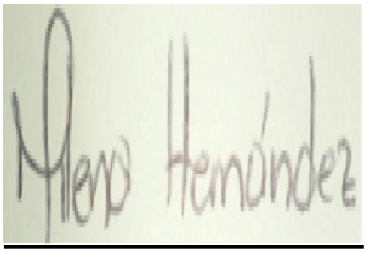
DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$ 0,00

PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 0,00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA DE SEGUROS	$ 0,00
	TOTAL	$ 0,00

Ver Planilla de Pago

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

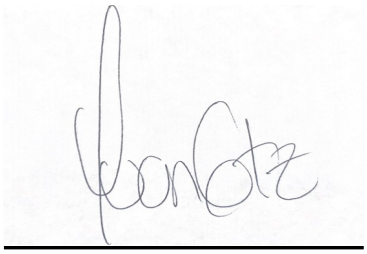
Nombre Completo: DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN

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

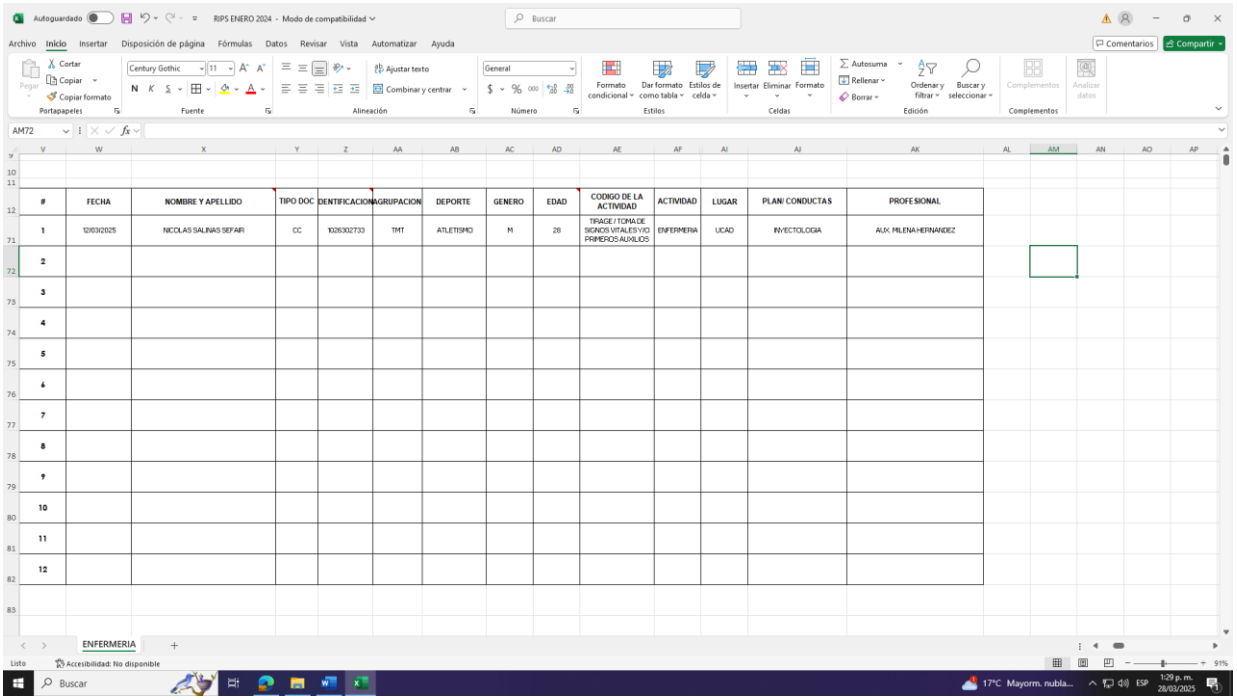
Nombre Completo: JUAN DAVID GUTIERREZ VALLEJO

No. Identificación: 1023914924

Cargo: ASESOR 105-01

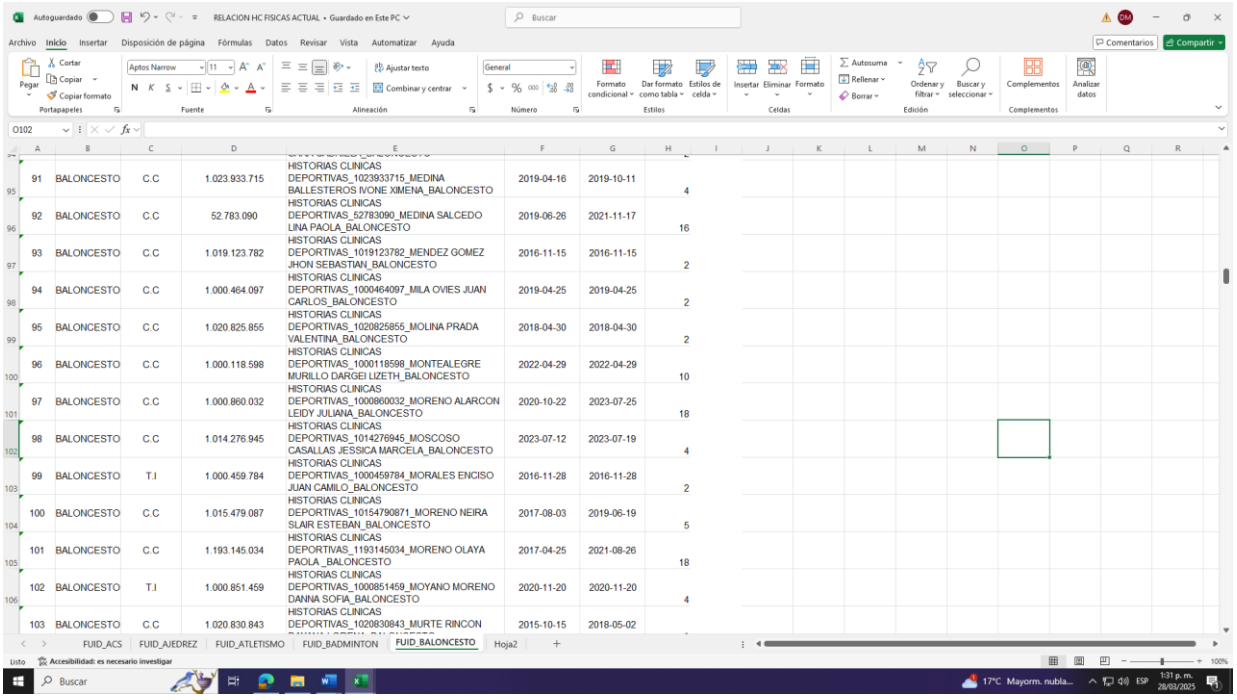
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

RIPS MARZO 2025



#	FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO DOC	DENTIFICACION	AGRUPACION	DEPORTE	GENERO	EDAD	CODIGO DE LA ACTIVIDAD	ACTIVIDAD	LUGAR	PLAN/ CONDUCTAS	PROFESIONAL
1	12/03/2025	NICOLAS SALINAS SEFAIR	CC	1026302733	TMT	ATLETISMO	M	28	TRIAGE / TOMA DE SIGNOS VITALES Y/O PRIMEROS AUXILIOS	ENFERMERIA	UCAD	INYECTOLOGIA	AUX. MILENA HERNANDEZ
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

HISTORIAS CLINICAS



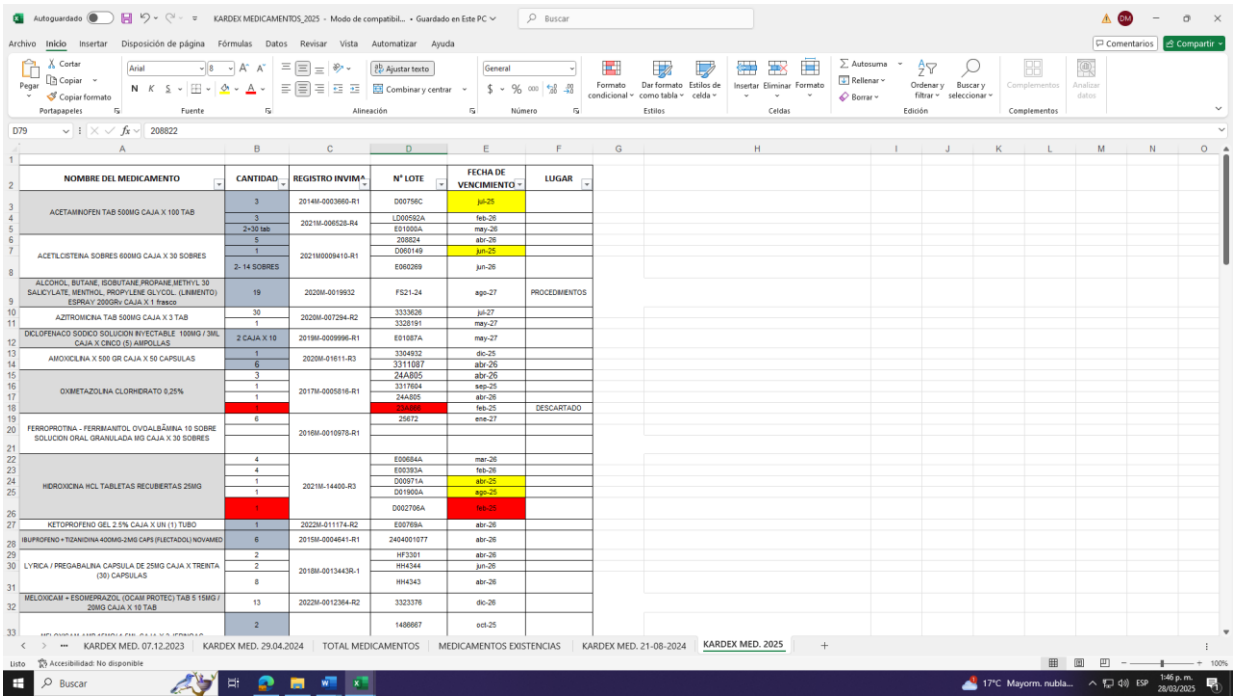
91	BALONCESTO	C.C	1.023.933.715	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1023933715_MEDINA BALLESTEROS IVONE XIMENA_BALONCESTO	2019-04-16	2019-10-11	4
92	BALONCESTO	C.C	52.783.090	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_52783090_MEDINA SALCEDO LINA PAOLA_BALONCESTO	2019-06-26	2021-11-17	16
93	BALONCESTO	C.C	1.019.123.782	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1019123782_MENDEZ GOMEZ JHON SEBASTIAN_BALONCESTO	2016-11-15	2016-11-15	2
94	BALONCESTO	C.C	1.000.464.097	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1000464097_MILA OVIES JUAN CARLOS_BALONCESTO	2019-04-25	2019-04-25	2
95	BALONCESTO	C.C	1.020.825.855	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1020825855_MOLINA PRADA VALENTINA_BALONCESTO	2018-04-30	2018-04-30	2
96	BALONCESTO	C.C	1.000.118.598	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1000118598_MONTEALEGRE MURILLO DARGEI LIZETH_BALONCESTO	2022-04-29	2022-04-29	10
97	BALONCESTO	C.C	1.000.860.032	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1000860032_MORENO ALARCON LEIDY JULIANA_BALONCESTO	2020-10-22	2023-07-25	18
98	BALONCESTO	C.C	1.014.276.945	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1014276945_MOSCOSO CASALLAS JESSICA MARCELA_BALONCESTO	2023-07-12	2023-07-19	4
99	BALONCESTO	T.I	1.000.459.784	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1000459784_MORALES ENCISO JUAN CAMILO_BALONCESTO	2016-11-28	2016-11-28	2
100	BALONCESTO	C.C	1.015.479.087	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1015479087_MORENO NEIRA SLAIR ESTEBAN_BALONCESTO	2017-08-03	2019-06-19	5
101	BALONCESTO	C.C	1.193.145.034	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1193145034_MORENO OLAYA PAOLA _BALONCESTO	2017-04-25	2021-08-26	18
102	BALONCESTO	T.I	1.000.851.459	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1000851459_MOYANO MORENO DANNA SOFIA_BALONCESTO	2020-11-20	2020-11-20	4
103	BALONCESTO	C.C	1.020.830.843	HISTORIAS CLINICAS DEPORTIVAS_1020830843_MURTE RINCON	2015-10-15	2018-05-02	

CONSULTORIOS UCAD





ARMARIO MEDICAMENTOS Y KARDEX



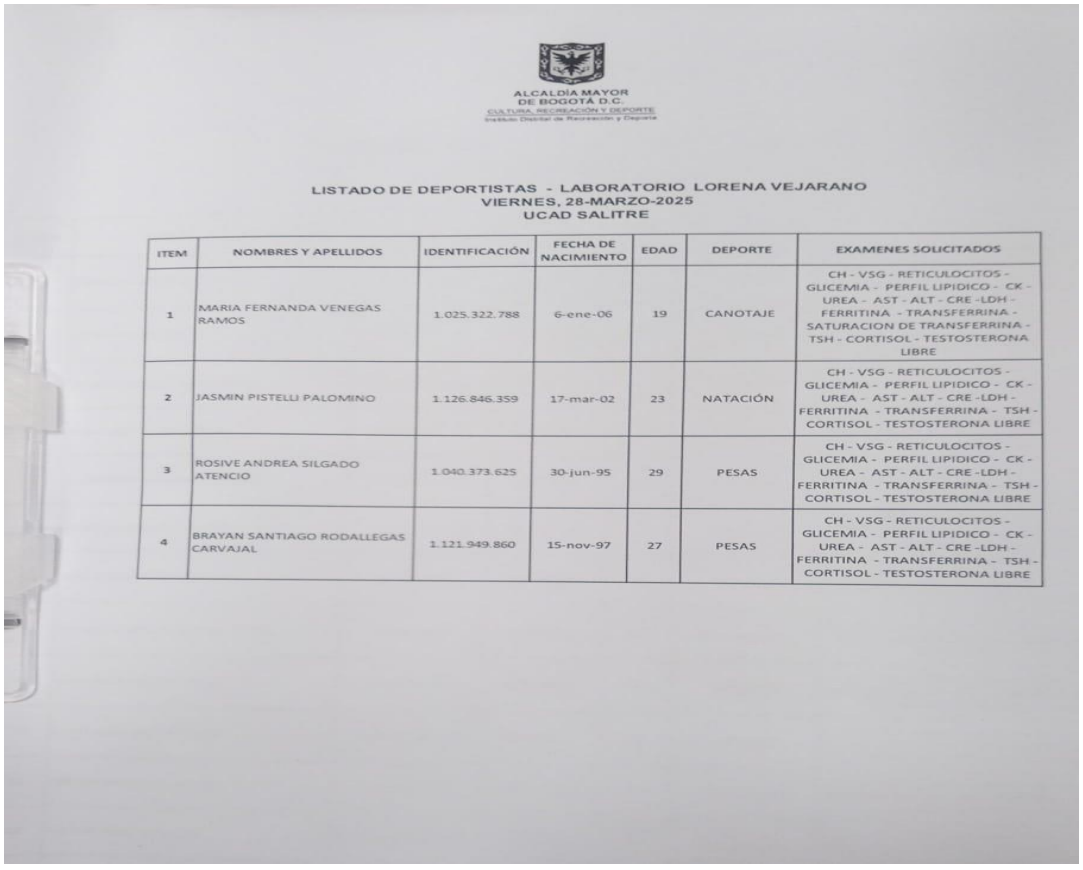
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CANTIDAD	REGISTRO INVIMA	N° LOTE	FECHA DE VENCIMIENTO	LUGAR
ACETAMINOFEN TAB 500MG CAJA X 100 TAB	3	2014M-0003660-R1	D00756C	jul-25	
	3	2021M-006528-R4	LD00592A	feb-26	
	2+30 tab		E01000A	may-26	
ACETILCISTEINA SOBRES 600MG CAJA X 30 SOBRES	5	2021M0009410-R1	208824	abr-26	
	1		D060149	jun-25	
	2- 14 SOBRES		E060269	jun-26	
ALCOHOL, BUTANE, ISOBUTANE,PROPANE,METHYL 30 SALICYLATE, MENTHOL, PROPYLENE GLYCOL. (LINIMENTO) ESPRAY 200GRv CAJA X 1 frasco	19	2020M-0019932	FS21-24	ago-27	PROCEDIMIENTOS
AZITROMICINA TAB 500MG CAJA X 3 TAB	30	2020M-007294-R2	3333636	jul-27	
	1		3328191	may-27	
DICLOFENACO SODICO SOLUCION INYECTABLE 100MG / 3ML CAJA X CINCO (5) AMPOLLAS	2 CAJA X 10	2019M-0009996-R1	E01087A	may-27	
AMOXICILINA X 500 GR CAJA X 50 CAPSULAS	1	2020M-01611-R3	3304932	dic-25	
	6		3311087	abr-26	
OXIMETAZOLINA CLORHIDRATO 0,25%	3	2017M-0005816-R1	24AB05	abr-26	
	1		3317604	sep-25	
	1		24AB05	abr-26	
	1		208366	feb-25	DESCARTADO
FERROPROTINA - FERRIMANITOL OVOALBÃMINA 10 SOBRE SOLUCION ORAL GRANULADA MG CAJA X 30 SOBRES	6	2018M-0010978-R1	25872	ene-27	
HIDROXICINA HCL TABLETAS RECUBIERTAS 25MG	4	2021M-14400-R3	E00684A	mar-26	
	4		E00393A	feb-26	
	1		D00971A	abr-25	
	1		D01900A	ago-25	
	1		D002706A	feb-25	
KETOPROFENO GEL 2.5% CAJA X UN (1) TUBO	1	2022M-011174-R2	E00769A	abr-26	
IBUPROFENO + TIZANIDINA 400MG-2MG CAPS (FLECTADOL) NOVAMED	6	2015M-0004641-R1	2404001077	abr-26	
LYRICA / PREGABALINA CAPSULA DE 25MG CAJA X TREINTA (30) CAPSULAS	2	2018M-0013443R-1	HF3301	abr-26	
	2		HH4344	jun-26	
	8		HH4343	abr-26	
MELOXICAM + ESOMEPRAZOL (OCAM PROTEC) TAB 5 15MG / 20MG CAJA X 10 TAB	13	2022M-0012364-R2	3323376	dic-26	
	2		1486667	oct-25	

ARMARIO DE MEDICAMENTOS



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

TOMA DE MUESTRAS LISTADO DE DEPORTISTAS



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

LISTADO DE DEPORTISTAS - LABORATORIO LORENA VEJARANO
VIERNES, 28-MARZO-2025
UCAD SALITRE

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DEPORTE	EXAMENES SOLICITADOS
1	MARIA FERNANDA VENEGAS RAMOS	1.025.322.788	6-ene-06	19	CANOTAJE	CH - VSG - RETICULOCITOS - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - CK - UREA - AST - ALT - CRE -LDH - FERRITINA - TRANSFERRINA - SATURACION DE TRANSFERRINA - TSH - CORTISOL - TESTOSTERONA LIBRE
2	JASMIN PISTELLI PALOMINO	1.126.846.359	17-mar-02	23	NATACIÓN	CH - VSG - RETICULOCITOS - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - CK - UREA - AST - ALT - CRE -LDH - FERRITINA - TRANSFERRINA - TSH - CORTISOL - TESTOSTERONA LIBRE
3	ROSIVE ANDREA SILGADO ATENCIO	1.040.373.625	30-jun-95	29	PESAS	CH - VSG - RETICULOCITOS - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - CK - UREA - AST - ALT - CRE -LDH - FERRITINA - TRANSFERRINA - TSH - CORTISOL - TESTOSTERONA LIBRE
4	BRAYAN SANTIAGO RODALLEGAS CARVAJAL	1.121.949.860	15-nov-97	27	PESAS	CH - VSG - RETICULOCITOS - GLICEMIA - PERFIL LIPIDICO - CK - UREA - AST - ALT - CRE -LDH - FERRITINA - TRANSFERRINA - TSH - CORTISOL - TESTOSTERONA LIBRE

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ 2025-04-04

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 0426 de 2025, 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 2024 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 2024 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 (2024) $12,236.900 anuales, 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 (2024) $12,236.900 anuales, 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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52747149,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de abril de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) DELIA MILENA HERNANDEZ HOLGUIN identificado(a) con Cedula Ciudadania 52747149, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20230915	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Abril de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
28390943

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio