

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	DD	MM	AAAA
	30	05	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
15/05/2024 IDRD-CTO-1223-2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	TRIANA RAMIREZ ANGEL ANDRES	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1026297407	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERES DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	195 días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	18.616.000,00 (DIECIOCHO MILLONES, SEISCIENTOS, DIECISÉIS MIL PESOS)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	15/05/2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	22/01/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	15/05/2024 al 30/05/2024	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)

1. 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 esta, 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 Página 7 de 14 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS. V-5 accidentes (en caso de 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.	Para la ejecución de sesiones, se llevan a cabo sesiones con normalidad en el parque Fontanar del Rio, según indicaciones dadas por la gestora IED MARCELA SILVA Evidencia: programación de actividades. <table><tr><th>GRUPO</th><th>SESIONES PLANEADAS (HORARIO)</th><th>SESIONES EJECUTADAS</th></tr><tr><td>1</td><td>Lunes,09:30:00,11:30:00 20</td><td>20</td></tr><tr><td>2</td><td>Lunes,13:00:00,15:00:00 20</td><td>20</td></tr><tr><td>3</td><td>Martes,09:30:00,11:30:00 21</td><td>21</td></tr><tr><td>4</td><td>Martes,13:00:00,15:00:00 21</td><td>21</td></tr></table> Ubicación. Obligación 1 carpeta evidencias informe 01 mayo 2024, secop II N°7 DRIVE: OBLIGACION 1	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	1	Lunes,09:30:00,11:30:00 20	20	2	Lunes,13:00:00,15:00:00 20	20	3	Martes,09:30:00,11:30:00 21	21	4	Martes,13:00:00,15:00:00 21	21
GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS														
1	Lunes,09:30:00,11:30:00 20	20														
2	Lunes,13:00:00,15:00:00 20	20														
3	Martes,09:30:00,11:30:00 21	21														
4	Martes,13:00:00,15:00:00 21	21														
Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones	Actividades: en el periodo de mayo los escolares llevan a cabo sus sesiones deportivas, teniendo en cuenta cada uno de los casos dados a conocer por los padres de familia y															

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)

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 alleguen 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.	consentimientos informados que diligenciaron y se encuentran en la oficina de jornada extendida dentro de la institución educativa. Evidencia: incapacidades medicas relacionadas a jornada extendida Ubicación: Oficina Principal Jornada extendida IED DELIA ZAPATA OLIVELLA
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.	Actividades: en el periodo de actividades del mes de mayo se retoman actividades físicas y predeportivas con los escolares de cada uno de los cursos impactados, aun, se encuentra en búsqueda de posibles talentos para semilleros. Evidencia: la obligación se encuentra en periodo de reinicio de actividades con el fin de seguirse desarrollando en los siguientes meses
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	Actividades: Se da inicio a la nueva contratación y asisto a la reunión de 27 de mayo de 2024, festival en la IED DELIA ZAPATA OLIVELLA Evidencia: Acta de reunión Ubicación: Obligación 4 carpeta evidencias informe 01 mayo 2024, secop II N°7 DRIVE: OBLIGACION 4

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)

cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	
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	Actividades: En el presente periodo de actividades mayo el contratista tomó todas las medidas necesarias para evitar cualquier conflicto de intereses con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD y el proyecto 7854 Jornada Escolar Complementaria, conforme a lo estipulado en la resolución anteriormente mencionada, siendo el desarrollo y ejecución del contrato transparente y objetivo siguiendo todas las indicaciones de los gestores asignados. Evidencia: Archivo de conflicto de intereses. Ubicación: Hoja de vida SIDEAP Nombre de usuario: 1026297407
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	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

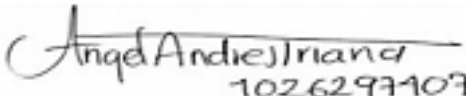
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SALUD TOTAL	0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	0
TOTAL		0

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.



1026297407

Firma Contratista
Nombre: Ángel Andrés Triana
Ramírez No. de Identificación:
1026297407

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

En el presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas



William Rene Torres Agudelo
CC 80240522
Asesor Código 105 Grado 01
Gerente Proyecto JEC

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.

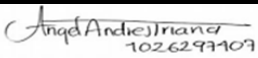
De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	ÁNGEL ANDRÉS TRIANA RAMÍREZ									
2	Identificación	CC	X	CE		Numero	1026297407	N° contrato	1223-2024		
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 <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.										
	Número de planilla	N/A		Fecha de pago		N/A		Valor pagado	0,00		
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$		0,00		Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		0,00				
	Afilación Aportes Riesgos Laborales ARL \$		0,00		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		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 4 AA 2024


1026297407

FIRMA

Bogotá, Mayo / 21 de 2024



Señor (a): ANGEL ANDRES TRIANA RAMIREZ
CC. 1026297407
CR 1 ESTE 22C18
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Octubre / 1 de 2017, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGEL ANDRES TRIANA RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.297.407**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANGEL ANDRES TRIANA RAMIREZ** identificado con **CC No. 1026297407**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - NI. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 28/03/2023 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 29/04/2024 Fecha fin de Contrato: 15/11/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401014535536.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de abril de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ANGEL ANDRES TRIANA RAMIREZ Identificado con CC 1026297407

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina METROPOLIS, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24071233365
Fecha de apertura:	24 de Febrero de 2017
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 21 de Mayo de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



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 Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1026297407
NOMBRES	ANGEL ANDRES
APELLIDOS	TRIANA RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

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 Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	07/10/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/21/2024 22:31:06 Estación de origen: 192.168.70.220

Angel Andres Triana
1026297407

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”.

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	Angel Andres Triana Ramirez		COORDINADOR	YANETH MARCELA SILVA FLOREZ			
FECHA REVISIÓN	2024-05-22 18:55:38		Mes	Mayo			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO DELIA ZAPATA OLIVE	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	1	Lunes,09:30:00,11:30:00 20	20		4	4
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	2	Lunes,13:00:00,15:00:00 20	20			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	3	Martes,09:30:00,11:30:00 21	21			
	DELIA ZAPATA OLIVELLA,	4	Martes,13:00:00,15:00:00 21	21			

Angel Andres Triana
1026297107

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

Datos guardados

Cancelar

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	Es
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	----

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo
☐ 52556-ARL_1026297407_IDRD_CTO_1223_2024_20240429142227_34355.pdf	52556-ARL_1026297407_IDRD_CTO_1223_2024_20240429142227_34355.pdf
☐ CTO 1223-2024.pdf	CTO 1223-2024.pdf
☐ EVIDENCIAS INFORME N°1 MAYO 2024 IDRD-CTO-1223-2024.zip	EVIDENCIAS INFORME N°1 MAYO 2024 IDRD-CTO-1223-2024.zip

Cancelar