

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.	1		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO- 2656 – 28/05/2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1020764970	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	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	20-06-2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	27/02/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	20-06-2024 AL 30-06-2024.	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
<p>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 acreditación la asistencia en el SIM), acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y 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.</p>	<p>ACTIVIDAD: Para este periodo del mes de JUNIO 2024. No se ejecuta planeaciones del centro de interés específico de FUTBOL DE SALON debido a que las instituciones están en vacaciones de mitad de año.</p> <p>EVIDENCIA: Para este periodo del mes de JUNIO no hay evidencias. No se ejecuta planeaciones del centro de interés específico de FUTBOL DE SALON debido a que las instituciones están en vacaciones de mitad de año.</p> <p>UBICACIÓN: Para este periodo del mes de JUNIO no hay ubicación No se ejecuta planeaciones del centro de interés específico de FUTBOL DE SALON debido a que las instituciones están en vacaciones de mitad de año.</p>
<p>Obligación No. 2: Conocer los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos</p>	<p>ACTIVIDAD: No se han iniciado actividades en las instituciones debido a las vacaciones una vez se inicie y se asignen los grupos específicos en la institución indagare que escolares tienen alguna patología médica.</p>

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)

<p>(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.</p>	<p>.</p> <p>EVIDENCIA: No hay evidencias en este periodo debido a las vacaciones de los colegios.</p> <p>UBICACIÓN: Para este periodo no se registran ubicación debido a que los colegios están en vacaciones.</p>
<p>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.</p>	<p>ACTIVIDAD: Una vez retomen los colegios de las vacaciones se procederá a reconocer los posibles talentos que cumplan con los parámetros para remitirlo al formador profesional de futbol de salón.</p> <p>EVIDENCIA: Para este periodo no se registran evidencias debido a que los estudiantes están en vacaciones.</p> <p>UBICACIÓN: Para este periodo no se registran ubicación debido a que los estudiantes están en vacaciones.</p>
<p>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 cumplimiento de las normas de bioseguridad, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.</p>	<p>ACTIVIDAD: En el mes de junio 2024 se asisten de manera presencial a las siguientes actividades asignadas por el Gestor IED y por el IDRD para este año.</p> <p style="text-align: center;"><u>REUNIONES</u></p> <p>21 JUNIO: Reunión virtual vacaciones recreo deportivas https://meet.google.com/fjx-kjay-tnh</p> <p>24 AL 29 DE JUNIO: Apoyo vacaciones recreo deportivas, parque ciudad montes horario PM</p> <p>1 AL 6 DE JUNIO: Apoyo vacaciones recreo deportivas, parque la giralda horario AM</p> <p>EVIDENCIA: Actas UBICACIÓN: Carpeta cargada al secop II en el numeral # 7, evidencias JUNIO 2024 y Drive IED link: https://drive.google.com/drive/folders/1gJ6RKeqlv7MFhV7Z0ls85hsJxt6UuFGi?usp=drive_link</p>

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)

<p>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.</p>	<p>ACTIVIDAD: Se da cumplimiento a esta obligación adoptando todas las medidas para evitar cualquier situación de conflicto de intereses como está estipulado en la obligación 8 de mi contrato 2656 de 2024</p> <p>EVIDENCIA: Se cumple a cabalidad la obligación por ende no hay ubicación para este periodo.</p> <p>UBICACIÓN: Se cumple a cabalidad la obligación por ende no hay ubicación para este periodo.</p>
<p>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</p>	

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	COMPENSAR	
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES.	
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA.	
	TOTAL	

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.

PAOLA SÁNCHEZ D.

Firma Contratista

Nombre: JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO

No. De identificación: 1020764970

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

LA CONTRATISTA CUMPLE CON SUS OBLIGACIONES

WILLIAM RENÉ TORRES

Vo Bo Supervisor del contrato

Nombre: William René Torres Agudelo.

N° de Identificación: 80240522

Cargo: Asesor código 105 grado 01



REVISÓ:
JHON MIGUEL CÓRDOBA CASTRO
GESTOR IED CPS:2037-2024

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	JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO								
2	Identificación	CC	X	CE	Numero	1020764970	N° contrato	2656-2024		
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 MES ANTERIOR provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.									
	Número de planilla			Fecha de pago			Valor pagado			
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$					Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$						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 mí.									
	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.

PAOLA SANCHEZ D.

Dada en Bogotá D.C. a los:

DD MM AA

REVISÓ:
JHON MIGUEL CORDOBA CASTRO
GESTOR IED CPS:2037-2024

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1020764970, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201013	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Junio de 2.024

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
25244096

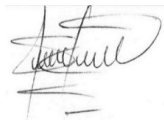
CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1020764970**, se encuentra afiliado/a desde **04/09/2014** 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 22 de junio de 2024.



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.



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, **JESSICA PAOLA SANCHEZ DUQUINO** identificado con **CC No. 1020764970**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	Fecha de inicio de cobertura: 19/06/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 18/06/2024 Fecha fin de Contrato: 24/01/2025 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 prorroga 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): 202401016231682.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de junio de 2024.

Cordialmente,

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



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 055868918

El Banco AV Villas certifica que: **Jessica Paola Sanchez Duquino**
identificada con el documento No. 1020764970, tiene en la oficina CHICO (010) una Cuenta de Ahorros -
Cuenta Móvil No. 055868918 desde el 05 de marzo de 2020.

Fecha de expedición: 22/06/2024

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777

Medellín: 325 6000

Barranquilla: 330 4330

Cali: 885 9595

Bucaramanga: 630 2980

Resto del país: 01 8000 51 8000

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	1020764970
NOMBRES	JESSICA PAOLA
APELLIDOS	SANCHEZ DUQUINO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.


 REVISÓ:
 JHON MIGUEL CÓRDOBA CASTRO
 GESTOR IED CPS:2037-2024

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/08/2014	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 06/22/2024 21:41:23 | Estación de origen: 192.168.70.220

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”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen

Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

 [IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

- 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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

identificación de pago	numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CRP CTO 2656-2024.pdf	CRP CTO 2656-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ARL CTO 2656-2024.pdf	ARL CTO 2656-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EVIDENCIAS INFORME #1 JUNIO 2024.zip	EVIDENCIAS INFORME #1 JUNIO 2024.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar