



INSTITUTO DISTRITAL DE
RECREACIÓN
Y DEPORTE



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
31-12-2025

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-STRD-CPS-3847-2025
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2026800701600004E

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARTIN DE JESUS QUIROZ PORTELA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	77012314
PLAZO DE EJECUCIÓN	3 meses
VALOR	\$ 12.483.000,00
FECHA ACTA DE INICIO	2025-12-05
FECHA DE TERMINACIÓN	04/03/2026
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA	NO APLICA
SUSPENSIONES	NO APLICA
VALOR HONORARIOS MENSUAL	\$ 4.161.000,00
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	2025-12-05 - 2025-12-31
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA IMPLEMENTAR LOS CONCEPTOS DE NUTRICIÓN APLICADOS A LA ACTIVIDAD FISICA Y AL DEPORTE DENTRO DEL PROYECTO CONSTRUCCIÓN DE COMUNIDADES ACTIVAS Y SALUDABLES.

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 1: Orientar y fortalecer el conocimiento, brindando apoyo para la asesoría en el campo nutrición para la actividad física, a los profesionales encargados de ejecutar las sesiones de actividad física o deporte a las poblaciones del proyecto, lo cual permita optimizar procesos de recuperación, disminuir el riesgo de lesiones musculares e identificar el impacto sobre la composición corporal de los usuarios que tiene la actividad física, en coordinación con la supervisión.</p>	<p>ACTIVIDADES : Apoyo a actividad realizada en el Parque de los niños PDR- Bogotá feliz dirigida a Padres y niños enfocada a dar a conocer los beneficios de la actividad física de la mano de una alimentación saludable.</p> <p>EVIDENCIAS : foto asistencia evento parque de los niños y planilla de asistencia</p> <p>UBICACION: carpeta compartida ubicada en mi equipo personal</p>
<p>Obligación 2: De forma periódica realizar estrategias que permitan la identificación de los problemas relacionados con la alimentación y nutrición de la población objeto del proyecto, en coordinación con la supervisión.</p>	<p>ACTIVIDADES: Participación en Capacitación Virtual tema: "Paz y equilibrio Navideño". Temática del mes brindando orientación y advertencias sobre los alimentos que deben consumirse en las fiestas decembrinas. Se elaboro diapositivas para desarrollo del tema.</p> <p>EVIDENCIAS: Foto de asistencia a reunión virtual y folleto de programación</p> <p>UBICACION: carpeta compartida ubicada en mi equipo personal</p>
<p>Obligación 3: Elaborar y ejecutar metodologías pedagógicas orientadas a mejorar hábitos de alimentación, con el fin de optimizar procesos de composición corporal, mejorar el control de patologías crónicas no transmisibles y disminuir el riesgo de lesiones a la población intervenida por el proyecto.</p>	<p>ACTIVIDADES: por medio de actividad lúdica: domos de frutas, pirámide de los grupos de alimentos, se llevo mensaje de la importancia de mantener hábitos y estilos de vida saludable para los niños y su crecimiento.</p> <p>Se enfatizo en como debe organizarse la lonchera para ir a clase y que consumir cuando hacemos actividad física.</p> <p>EVIDENCIAS: Fotos de asistencia a la actividad y de los alimentos del taller pedagógico</p> <p>UBICACION. Archivo personal compartido ubicado en mi escritorio personal</p>
<p>Obligación 4: Mantener actualizada la base de datos y sistema de información de las orientaciones, asesorías, e intervenciones realizadas con las poblaciones que atiende el proyecto en el área de salud y nutrición, guardando estricta reserva.</p>	<p>ACTIVIDADES: Se realiza la actualización del reporte mensual diciembre solicitado por el coordinador</p> <p>EVIDENCIAS: Cronograma de actividades</p> <p>UBICACION : archivo personal compartido ubicado en mi escritorio</p>

<p>Obligación 5: Asistir y participar en reuniones programadas por el IDRD, por el proyecto de inversión construcción de comunidades activas y saludables, o del grupo multidisciplinar, y que estén relacionadas con el objeto del contrato, en coordinación con la supervisión.</p>	<p>ACTIVIDADES : Se participa en las reuniones desarrolladas por el equipo interdisciplinario que se efectuó de manera virtual</p> <p>EVIDENCIA: Foto de la reunión</p> <p>UBICACION: Archivo personal compartido ubicado en mi escritorio</p>
<p>Obligación 6: Presentar cronograma de actividades, así como el respectivo informe mensual al supervisor del contrato, de las asesorías, orientaciones, intervenciones de campo brindada a los programas parte del proyecto y las demás actividades realizadas, en coordinación con la supervisión.</p>	<p>ACTIVIDADES No se elaboro cronograma se asistió a diferentes actividades y reuniones convocado., se anexa pantallazo de actualización del secop</p> <p>EVIDENCIA Pantallazo secop actualizado</p> <p>UBICACION: Secop</p>
<p>Obligación 7: Acudir a los eventos locales distritales, nacionales o internacionales que le sean programados por el supervisor del contrato en ejecución con su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos. Parágrafo: La participación en los eventos nacionales o Internacionales deben ser autorizados por la Direccion General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD</p>	<p>ACTIVIDADES: Asistencia al UCAD, para Inducción general por ingreso a la entidad con el Supervisor, Dr. Juan David Gutierrez y con el Sr Guillermo Sanchez, del área de contratación.</p> <p>Asistencia al CEFECOMETA, actividad " Discapacidad Mental" realizada por la Dra. Isabela Londoño - Psicóloga, por invitación del Coordinador Dr. Javier Gutierrez.</p> <p>EVIDENCIA: Fotos de la reunion</p> <p>UBICACION: Archivo personal compartido ubicado en mi escritorio</p>

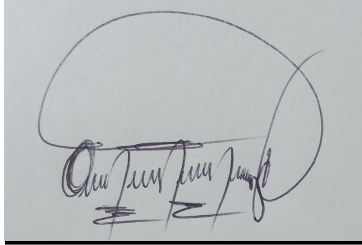
3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	\$ 0,00
PAGO APORTES PENSIÓN	OTRO	\$ 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

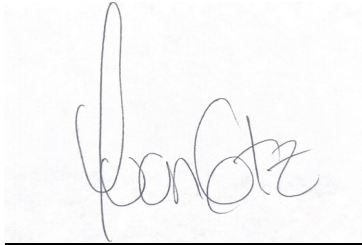
Nombre Completo: MARTIN DE JESUS QUIROZ PORTELA MARTIN

No. Identificación: 77012314

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



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARTINDE JESUS QUIROZ PORTELA identificado con CC. 77012314 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE
Tipo y Numero de Documento	NI - 860061099

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/12/04	Fecha inicio contrato	2025/12/03
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/02/28
Riesgo	1	Código actividad económica	1841301
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de diciembre del 2025.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03122025N77012314A686219**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Martin De Jesus Quiroz Portela, identificado(a) con CC número 77012314, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 77012314
NOMBRES Y APELLIDOS	Martin De Jesus Quiroz Portela
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	09/11/1958
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	148 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2017
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 860061099 INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION
Y EL DEPORT Desde 10/12/2025 - Vigente

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 3847 de 2025, suscrito entre el IDR D y MARTIN DE JESUS QUIROZ PORTELA identificado con C.C 77012314, **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:

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 (% de 1 a 100) (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8). A mi favor

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 consignación.
6. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes **SI** **NO**
7. Número de dependientes
- 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 matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.
 - Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad **SI** **NO**
Requiere adjuntar certificado 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 certificado 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 certificado 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: MARTIN DE JESUS QUIROZ PORTELA

Cédula: 77012314

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.



ACOMPANAMIENTO A LAS ACTIVIDADES

FECHA: DD 14 / MM 12 / AA 2025 PROGRAMA Y/O ACTIVIDAD:

PERSONA QUE REALIZA EL ACOMPANAMIENTO: Hartini Quiroz P. BARRIO: _____

PERSONA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Herens Morales LOCALIDAD: _____

PARQUE Y/O ESCENARIO: P-2-D UPZ: _____

HORA DE LA VISITA: 10 am. ID SIM DE LA ACTIVIDAD (si aplica): _____

Bojate Kelly / Chiquin en casa

J. Vargas

Barrios Unidos

Samon Bolivar

1. ¿PORTA DE MANERA ADECUADA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES Y CARNÉ?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	6. ¿EL LENGUAJE VERBAL Y/O CORPORAL UTILIZADO POR EL EJECUTOR DE LA ACTIVIDAD ES ADECUADO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>
2. ¿DISPONE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEPORTIVA Y/O MATERIAL REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	7. ¿REALIZA SUGERENCIAS Y CORRECCIONES INDIVIDUALES O COLECTIVAS?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>
3. ¿LLEVA A CABO EL CONTROL DE ASISTENCIA/REGISTRO/ CONTEO DE LOS BENEFICIARIOS?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	8. ¿REALIZA RESUMEN Y/O RETROALIMENTACION DE LA SESION / ENTRENAMIENTO/JORNADA?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>
4. ¿APLICA DE MANERA COHERENTE EL PLAN PEDAGÓGICO/PLAN DE ENTRENAMIENTO/ PLAN DE CLASE/ DOCUMENTO METODOLÓGICO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	9. ¿CUMPLE CON LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ACTIVIDAD/SESION/ENTRENAMIENTO/JORNADA?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>
5. ¿PRESENTA DOMINIO DEL GRUPO O USUARIO?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>	10. ¿OTRA CUAL?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PARCIAL <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

por poder y niños con consumo excesivo de alimentos al momento de poder tener en cuenta la disciplina.

FIRMA DE PERSONA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD/SESION/ ENTRENAMIENTO/JORNADA

Conrado Fabio Cisneros (Barrios)

FIRMA DE PERSONA QUIEN REALIZA EL ACOMPANAMIENTO

[Signature]

AQUÍ
SÍ PASA
BOGOTÁ
MI CIUDAD
MI CASA

BOGOTÁ

PAZ Y EQUILIBRIO NAVIDEÑO

11 de Diciembre

“Nutrición, cuerpo y mente en armonía”



jueves,
11 de diciembre



De 06:00 p.m.
a
07:00 p.m.



LINK:
[https://
meet.google.com/
ixt-ndbh-idd](https://meet.google.com/ixt-ndbh-idd)



!Escaneame y conéctate!

INSTITUTO DISTRITAL DE
RECREACIÓN Y DEPORTE - IDRD



UCADAF + 16



Martin Quiroz (presentando)







	A	B	C	
1		Actividades 2025	Cantidad	Descripción
2	Comunidad Interna	Seguimiento en Campo		
3		Módulos Virtuales		
4		Fortalecimientos Presenciales		
5		Jornadas de Evaluación		
6		Visitas de Campo General		
7	Comunidad Externa	Intervenciones pedagógicas (diferentes a las de visita a campo)		
8		Talleres Virtuales	1	Se participa en taller virtual: Paz y Saludables er
9		Talleres CEFE	1	Asistencia presencial en CEFE
10		Asistencia Grandes Eventos		
11	Documentación	IEC		Temát Temá Temá
12		Guías/lineamientos		
13	Interprogramas	Programa Mediciones/Investigación		
14		Programa Muévete Bogotá		
15		Programa Bogotá en bici		
16		Programa Deportes para la paz		
17		Programa Ciclovía		
18		Programa Bogotá en forma		
19		Programa Eventos con Altura		
20		Programa Bogotá Feliz	1	Orientacion Nutricional dirigido a l parque de los niños.
21		Talento Humano		
22		Comunicación/Datos		
23	Otro			
24	Interinstitucional	Sector Salud		
25		Sector Educativo		
26		Otro		
27	Otro	Otras Actividades		
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				



MARTIN QUIROZ (Externo)



Javier Antonio Gutierrez Poveda



Isabela Londoño Velasquez



Liliana Perez Rodriguez



Ana Luisa Ospina Castro



Lina Maria Acosta Paredes



MANUEL VILLAN



← Reunión Interdisciplinaria UCAD... 43:17 7 asistentes

Autos guardado Cronograma Modulos 1y2 UCADA... Guardado en Este PC

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Ayuda Acerca de

Comentarios Compartir

	A	B	C	D	E	F	G
		Gestión del estrés y estrategias de auto regulación emocional.	PSICOLOGIA	Realizar video de maximo 10 minutos, con presentación, chaqueta de la entidad y fondo en lo posible blanco o difuso, con subtítulos claros.	20 de diciembre del 2025	LILIANA E ISABELA	
5	Selección de lecturas	Algun artículo relacionado con los riesgos del vapeo	MEDICINA	Artículo reciente ojala, y cargado en carpeta correspondiente	20 de diciembre del 2025	Dr. Javier Gutierrez	CARGAR EN CARPET
6	Grabación de videos	Video de apoyo desde la psicología		Realizar video corto maximo 2 minutos, con subtítulos y que sea didáctico y cercano	20 de diciembre del 2025	LILIANA E ISABELA	CARGAR EN CARPET
7	Actividad didáctica	GENERAR una plantilla guía para elaborar desde fisioterapia con el refuerzo del tema de la conferencia.	PSICOLOGIA	Guía escrita con los links a las apps, así como corta descripción de como utilizarlas	20 de diciembre del 2025	ANA LU Y MAGDA	CARGAR EN CARPET
8	Evaluación del módulo	CADA RESPONSABLE DE CONFERENCIA PASA 4 PREGUNTAS	FISIOTERAPIA	Se deben dejar consignadas las preguntas en word fuera de carpetas destinado para tal fin, posterior a esto Liliana carga en forms y se carga link en class room	20 de diciembre del 2025	TODO EL EQUIPO	CARGAR EN DOCUM. TITULO: EVALUACIÓ
9	Recursos adicionales	CARGA LAS PRESENTACIONES DE LAS CONFERENCIAS.	TODO EL EQUIPO	cada responsable de la conferencia, debe cargar las presentación con la que realizó video para cargar a disponibilidad de los inscritos.	20 de diciembre del 2025	TODO EL EQUIPO	CARGAR EN CARPET
10							

MODULO 6

Liliana Perez Rodriguez



Lina Maria Ac...



Ana Luisa O...



Isabela Lon...





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → **Configuraciones de Perfil**

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Cargo Contratista Nutrición y Dietética
Título Sr.
Nombre MARTIN DE JESUS
Apellidos QUIROZ POTELA
Fecha de Nacimiento 9/11/1958 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nivel Educativo Técnica o tecnológica completa (con o sin título)
Género Hombre
¿Tiene alguna discapacidad? Sí No
Nombre y apellido MARTIN DE JESUS QUIROZ POTELA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 77012314
Dirección Carrera 83A # 75-50
Código postal 0000
Estrato 2
Ubicación Bogota
País COLOMBIA
Correo electrónico martinq50@yahoo.com.co
Teléfono 3106134009
Celular 3106134009



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es tu apodo?
Respuesta martos
SMS para recuperar la contraseña 3106134009

