Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-01-16	**Hasta:**	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA		**Número de Documento:**	37626929	
Correo Electrónico:	diana_lhc@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3173883887	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1136-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	92
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	112	0	13612	$1524544	120.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1524544**	**UN MILLON QUINIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-01-16	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 1524544	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14177977	**$ 14177977**	**$ 1524544**	**$ 12653433**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

1	Brindar apoyo técnico–administrativo a la atención de usuarios internos y externos, mediante la creación, actualización y verificación de la información de los pacientes que ingresan a la institución en el sistema de información DGH o el que haga sus veces, incluyendo datos de identificación y georreferenciación, así como la verificación de derechos en las bases de datos oficiales (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y demás aplicables), con el fin de identificar de manera adecuada y oportuna el pagador correspondiente, garantizando un trato humanizado, respetuoso y solidario.	ender de manera humanizada y respetuosa crear los usuarios correctamente en el sistema de información según base de datos para definir línea de pago	Atender de manera humanizada y respetuosa usuarios internos y externos subir soportes a requerimientos
2	Apoyar el trámite de autorizaciones de servicios ante las EPS y demás EAPB, utilizando los formatos, canales y herramientas definidos para tal fin, conforme a los tiempos establecidos en la normatividad vigente, mediante el registro de las gestiones realizadas en la hoja de ruta de autorizaciones y el cargue de los soportes correspondientes en la plataforma Dinámica Gerencial o el sistema que haga sus veces, como insumo para garantizar la trazabilidad del trámite adelantado.	e realiza solicitud de las autorizaciones pertinentes al área autorizaciones	Correos mensajes WhatsApp
3	Registrar técnicamente los cargos por los servicios prestados, de conformidad con las autorizaciones otorgadas, las órdenes médicas y los soportes disponibles, mediante la validación de la información registrada y la notificación de las inconsistencias identificadas para su respectivo ajuste.	Realizar cargue de la cuenta de acuerdo a historia clínica con los soportes respectivos	Factura orden de salida recibo de caja y pagaré
4	Apoyar el cierre técnico de los ingresos de los pacientes de los servicios de urgencias y hospitalización una vez se produzca el alta, mediante la revisión previa de la factura, el diligenciamiento adecuado de la información requerida para los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, la generación de la orden de salida y de la factura conforme a la normatividad y a la contratación vigente. Así mismo, apoyar la gestión del cobro de copagos cuando a ello haya lugar, incluyendo la elaboración de los soportes correspondientes (recibo de caja y/o pagaré), previo concepto del área de Trabajo Social, y apoyar la asignación de citas prioritarias o generales cuando sea requerido.	Realizar carga de la cuenta de acuerdo a historia clínica con los soportes respectivos	Factura orden de salida recibo de caja y pagaré
5	Apoyar la depuración y regularización de los ingresos correspondientes a los servicios de urgencias y hospitalización, mediante el análisis de la información y la generación de insumos técnicos para su solución dentro de los plazos definidos por la entidad.	Generación de facturas en el sistema dinámica gerencial	Facturas generadas en el sistema dinámica gerencial por mi usuario
6	Apoyar la atención y elaboración de insumos técnicos para la respuesta a las devoluciones y glosas, tanto iniciales como definitivas, que se generen en relación con las actividades desarrolladas en el marco del contrato, conforme a los procedimientos y lineamientos institucionales.	Dar respuesta a devoluciones y glosas de acuerdo al contrato tenido con cada entidad	Generar facturas en el sistema dinámica gerencial

7	Acreditar el cumplimiento de las obligaciones contractuales mediante la presentación de los soportes de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales, conforme a la normatividad vigente, como requisito para el trámite de la cuenta de cobro correspondiente. En caso de terminación del contrato, el contratista deberá dejar ejecutadas y documentadas la totalidad de las actividades a su cargo, así como realizar la entrega formal de los bienes, inventarios o elementos suministrados para la ejecución del contrato, como requisito previo para la expedición del paz y salvo institucional y el pago correspondiente.	Adjuntar soportes de pago de parafiscales	Adjunto soporte de pago de parafiscales
8	Desarrollar las demás actividades de carácter técnico y de apoyo que resulten necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre que guarden relación directa con este, se encuentren previamente definidas por el Supervisor del contrato y no impliquen subordinación, exclusividad ni el ejercicio de funciones propias de un empleo de planta.	esarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2911656
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9261169500	-		
2025	**DICIEMBRE**	**2026**	**01**	**05**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1164662	$ 186346	**$ 227800**
Salud		COMPENSAR		$ 145583	**$ 178000**
ARL	1	SURA		$ 6080	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 338009**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

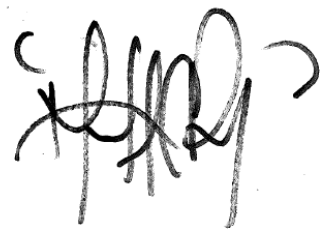
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	5170152549

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA	2026-01-27 17:29:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2026-01-28 15:44:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-01-30 10:45:38
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-02-16 14:40:25

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS
DIRECTOR FINANCIERO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA	Calle 4 Sur 19 B 106 T 6 Ap 302 Soacha	6015163681	diana_lhc@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	92611695	$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA		Calle 4 Sur 19 B 106 T 6 Ap 302 Soacha	6015163681	diana_lhc@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	92611695	$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	37626929	HERNANDEZ CASTAÑEDA DIANA LUCIA	57	0			N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

< 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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL SURA 37626929 CTO 5267-2025.pdf	ARL SURA 37626929 CTO 5267-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 5267-2025.pdf	ABRIL 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 5267-2025.pdf	MAYO 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 5267-2025.pdf	JUNIO 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 5267-2025.pdf	JULIO 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 5267-2025.pdf	AGOSTO 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 5267-2025.pdf	SEPTIEMBRE 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE 5267-2025.pdf	OCTUBRE 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE 5267-2025.pdf	NOVIEMBRE 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE 5267-2025	ilovepdf_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO 01-12 5267-2025.pdf	ENERO 01-12 5267-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Documentos del contrato

	Descripción	Nombre del documento	Detalle
☐	NEC-CTO-FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS 37.pdf	NEC-CTO-FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS 37.pdf	(detalle)
☐	CDP 92.pdf	CDP 92.pdf	(detalle)
☐	CTO-1136-2026.pdf	CTO-1136-2026.pdf	(detalle)
☐	DIANA HERNANDEZ CC37626929.pdf	DIANA HERNANDEZ CC37626929.pdf	(detalle)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	GESTION DE ENTREGA Y FINALIZACION – CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-09 V4

De acuerdo al manual de procedimientos administrativos y contables para el manejo y control de los bienes en los entes Públicos del Distrito Capital Res. 001 del 2001, Art. 4 Numeral 4.4 "Salida o traslado de bienes para uso de contratistas" Art. 4 Numeral 4.11.3 "Control para el manejo de los bienes en servicio"

INFORMACIÓN CONTRATISTA

Contratista:	HERNANDEZ CASTAÑEDA DIANA LUCIA		C.C. Nº:	37626929		
Correo Electronico:	diana_lhc@yahoo.com		Celular:	3173883887		
Número de contrato:	5267-2025		Fecha terminacion de Contrato	12	1	2026
Dirección - Oficina:	DIRECCION FINANCIERA			DD	MM	AAAA
USS:	ADMINISTRATIVA - NUEVO MUZU	Área o Servicio	FACTURACION			

GESTIÓN ENTREGA DE LOS RECURSOS ASIGNADOS EN EL EJERCICIO DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (ACTIVOS FIJOS / FISICOS) EN LA UNIDAD DONDE REALIZA ACTIVIDADES

RECURSOS DE CÓMPUTO, MUEBLES O INSUMOS DE OFICINA, OTROS	PERSONA RESPONSABLE AREA DE LA UNIDAD (ACTIVOS FIJOS)
Observación	Nombre:
	Firma:
PRESTAMO DE BICICLETAS - GESTION AMBIENTAL	PERSONA RESPONSABLE ÁREA GESTION AMBIENTAL
Observación	Nombre:
	Firma:
DISPOSITIVOS MOVILES - CELULAR - TARJETA SIM CARD	PERSONA RESPONSABLE ÁREA - SUPERVISOR
Observación	Nombre:
	Firma:

OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN TIC

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO	PERSONA RESPONSABLE ÁREA - GESTIÓN DOCUMENTAL - ARCHIVO
Observación	Nombre:
	Firma:

INFORMATICOS - SISTEMAS		PERSONA RESPONSABLE AREA
Correo institucional		Nombre:
Usuario		Firma:
Otros:		

DIRECCIÓN FINANCIERA

(Si aplica, áreas: cartera, presupuesto, facturación, Contabilidad, Tesorería, Etc)		RESPONSABLES DE LAS ÁREAS	
Facturacion y Cartera	Observación	Firma:	
Contabilidad	Observación	Firma:	
Tesoreria	Observación	Firma:	
Presupuesto	Observación	Firma:	

DIRECCIÓN CONTRATACIÓN	
(Si Aplica: para Contratistas vinculados con la ARL determinada por Entidad).	PERSONA RESPONSABLE ÁREA
Observación	Nombre:
	Firma:

PARÁGRAFO SEXTO "DEL CONTRATO". – ULTMO PAGO. Para el último pago, EL CONTRATISTA presentará al Supervisor del contrato informe final de ejecución de actividades; GESTION DE ENTREGA Y FINALIZACION en formato institucional completamente diligenciado y firmado por las Dependencias correspondientes, junto con la planilla de pago de aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral

Diligenciamiento ULTIMA cuenta de Cobro - Listado Pago de Honorarios	PERSONA RESPONSABLE ÁREA
Observación	Nombre:
	Firma:
Entrega Carnet Institucional - (Incluye Cinta o Cordón Institucional)	PERSONA RESPONSABLE ÁREA
Observación	Nombre:
	Firma:

Por favor marque con una X el motivo de su retiro				
	Terminacion CPS		Motivos Personales	
	Estudio		Otro	

ESPACIO PARA DILGENCIAR CONTRATISTAS

COMO SUPERVISOR DE CONTRATO: Certifico que el Contratista hizo entrega a satisfacción los documentos, archivos e informes (físicos y en medio magnético) bajo su responsabilidad. Anexar copia de la entrega al supervisor (Si aplica).

Nombre: Ana Analida Paez Parra	Nombre:	Jorge Cabrera	
Firma:	Firma:		
NOMBRE APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN (A quien aplique)	SUPERVISOR DE CONTRATO		

Anexo: Informe final de actividades (contratistas).

FIRMA CONTRATISTA

FIRMA ETAPA POS-CONTRACTUAL

FECHA TERMINACIÓN PROCESO - GESTION DE ENTREGA Y FINALIZACION	DIA		MES		AÑO	

OBSERVACIONES FINALES

Una vez suscrito el presente Documento, las partes se declaran en cuanto a la gestion de entrega y finalizacion encontrarse por todo concepto a paz y salvo, en cuanto a las obligaciones derivadas del Contrato de Prestación de Servicios. Por tanto el Contratista se abstendrá de iniciar cualquier reclamación presente o futura de Carácter Civil, Comercial, Administrativa, Contencioso – Administrativa, Laboral o de cualquier naturaleza.

Nota: Este formato es de obligatorio diligenciamiento al finalizar el Contrato de Prestacion de Servicios para el pago de honorarios, se debe tener en cuenta que el contratista haya efectuado la devolución de los bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, de lo contrario el supervisor del contrato dejará constancia para efectos de tomar medidas administrativas y jurídicas a que haya lugar.