OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: INSTITUTO DEPARTAMENTAL D
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 819000843
Generado por: LUIS GABRIEL ALDANA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2026/05/14	2026/05/15

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	YAIR RAFAEL APRESA RUDAS	**No. Producto**	91639762551
No. Identificación	85475167	**Entidad Financiera**	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Corriente	**No. Comprobante**	05
No. Producto Origen/Recaudador	870947520	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2026/05/15	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2026/05/15	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$5,016,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	870A32126135002L
Estado	DEB	**Información**	-
Descripción de Estado	Debitado	**Fecha Cobro**	-
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	2613506RT	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	JAIME ALBERTO PERTUZ PEREZ

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES
Instituto Departamental del Deporte
NIT: 819.000.843-3

o Departamental De Deportes Del Mag
819.000.843-3
Carrera 1# 22-01 Oficina 303
095420107
SANTA MARTA

INDEPORTES
Instituto Departamental De Deportes
NIT 819.000.843 - 3

Orden de Pago Vig. Actual

COMPRAS - Orden de Pago Vig. Actual - 1 - 20260171

PAGINA WEB	www.Integrasoftsas.co
E-MAIL	mail
VIGENCIA FISCAL	2026
FECHA DOCUMEN	15/05/2026
DEPENDENCIA	1 - Director General
ORDENADOR	1094282825 - DANIELA SUAREZ TOLOZA

SEÑORES	YAIR RAFAEL APRESA RUDAS
NIT/CC	85.475.167
DIRECCIÓN	
CIUDAD	SANTA MARTA
TELÉFONO	
DOC. PADRE	RP
DOC. SOPORTE	
VALOR EGRESO	$ 5.500.000,00
Nro.	
CONSECUTIVO	34
FECHA DOC. SOPORTE	

CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE.

CONCEPTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA TÉCNICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES DEL MAGDALENA

SECTOR	AREA	ARTICULO	FUENTE	PROGRAMA	IND PRODUCTO	BPIN	VALOR
43 DEPORTE Y RECREACIÓN	116 EVENTOS DEPORTIVOS REGIONALES, NACIONALES E INTERNACIONALES	2.3.2.02.02.009 SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES	1.2.5.1.00 RECURSOS PROPIOS DE ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS O UNIDADES ADMINISTRATIVAS ESPECIALES	4302 Formación y Preparación de Deportistas	43020201 Atletas Beneficiados con Estímulos Financieros	1	$ 5.500.000,00
		TOTAL					$ 5.500.000,00

CUENTAS CONTABLES

Tipo Documento Orden de Pago Vig. Actual **Número :** 20260171

CUENTA	DETALLE DEL CONCEPTO	VALOR BASE	TAR / %	VALOR DEBITO	VALOR CREDITO	CC	SCC
55050601	Asignación de bienes y servicios			$ 5.500.000,00	$ 0,00	1	1 - 4
24010101	Adquis. bienes y servicios			$ 0,00	$ 5.016.000,00	1	1 - 4
24072206	PRO DESARROLLO	$ 5.500.000,00	0,8	$ 0,00	$ 44.000,00	1	1 - 4
24072204	PRO CULTURA	$ 5.500.000,00	1	$ 0,00	$ 55.000,00	1	1 - 4
24072202	PRO UNIVERSIDAD	$ 5.500.000,00	2	$ 0,00	$ 110.000,00	1	1 - 4
24072205	PRO HOSPITAL	$ 5.500.000,00	2	$ 0,00	$ 110.000,00	1	1 - 4
24072203	PRO TERCERA EDAD	$ 5.500.000,00	3	$ 0,00	$ 165.000,00	1	1 - 4
			TOTALES	**5.500.000,00**	**5.500.000,00**		

ILSY ESTHER PINEDA RODRIGUEZ
Jefe de Presupuesto

Luis A Aldana G

LUIS GABRIEL ALDANA GUTIERREZ
Contador

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DE CUENTAS DE COBRO	
NOMBRE	YAIR ARAFEL APRESA RUDAS
CEDULA	85.475.167
FECHA DE EXPEDICION	31 DE OCTUBRE DE 1994
MES PAGADO	ABRIL
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$26.000.000 DIECINUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE
VALOR A COBRAR	$ 5.500.000 CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE
NUMERO DE PAGO	3 DE 5
NUMERO DE PLANILLA	9502234954
VALOR TOTAL PLANILLA	$614.600
FECHA DE PAGO DE PLANILLA	06-04-2026
APORTE PENSIÓN	$332.800
APORTE SALUD	$260.000
APORTE ARL	$21.800
NOMBRE DE FONDO DE PENSIÓN	PROTECCIÓN
NOMBRE DE EPS	SANITAS
NOMBRE DE ARL	POSITIVA
FECHA DE RADICADO	6/Mayo/2026
NUMERO RADICADO	434.
FECHA DE VERIFICADO	11/ Mayo/2026
FIRMA DE VERIFICACIÓN	

CUENTA DE COBRO CUENTA No. 003

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES DEL MAGDALENA
NIT. 819.000.843-3

DEBE A:

YAIR RAFAEL APRESA RUDAS
C.C. N.º 85.475.167

LA SUMA DE **CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL M/CTE ($5.500.000)** MONEDA CORRIENTE, DEL CONTRATO N. º CPS 34 DE 2026. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA TÉCNICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES DEL MAGDALENA.

Dado en Santa Marta, a los cuatro días (4) del mes de mayo de 2026.

Atentamente,

YAIR RAFAEL APRESA RUDAS
C.C. N.º 85.475.167 de Santa Marta

INDEPORTES MAGDALENA
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

RECIBIDO 0 6 MAYO 2026
2:34 pm
Rad: 434

Certificación
Bancaria

Viernes, 20 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YAIR RAFAEL APRESA RUDAS identificado(a) con CC 85475167, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	91639762551	2015-03-19	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. FEDESARROLLO Banco PYG

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85475167		APRESA RUDAS YAIR RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 14 no 29 47 casa 42	SANTA MARTA-MAGDALENA	3007426169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	191938552	9502234954	I	2026/04/17	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$614,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$21,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$21,800		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$21,800		$0	$0
1	CC 85475167	APRESA YAIR	230201	30	$2,080,000	$332,800	EPS005	30	$2,080,000	$260,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,080,000	$21,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,080,000	$332,800			$2,080,000	$260,000			$0	$0			$2,080,000	$21,800		$0	$0

2026/04/03 08:40 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 85475167		APRESA RUDAS YAIR RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 14 no 29 47 casa 42	SANTA MARTA-MAGDALENA	3007426169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	191938552	9502234954	I	2026/04/17	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$614,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,800	$0	$0	$332,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$332,800	$0	$0	$332,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,800	$0	$0	$21,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,800	$0	$0	$21,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,000	$0	$0	$260,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$260,000	$0	$0	$260,000
TOTAL				1	$614,600	$0	$0	$614,600

2026/04/03 08:40 AM

aportes en línea

Empresas | Independientes | Administradoras

Datos en línea

Medios de pago | Centro de ayuda

Presencial

Electrónico

Ingresa la siguiente información

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

Número de documento

85475167

EPS

SANITAS

Valor aportado a EPS

260000

Clave de pago

9502234954

Periodo de cotización (salud)

2026 03

No soy un robot

Planilla válida

Importante: La información suministrada es correcta y corresponde a un pago registrado en nuestro sistema.

Aceptar

GESTIÓN CONTRACTUAL

CERTIFICACIÓN PARA PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR

Gobernación del MAGDALENA — INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte — Magdalena

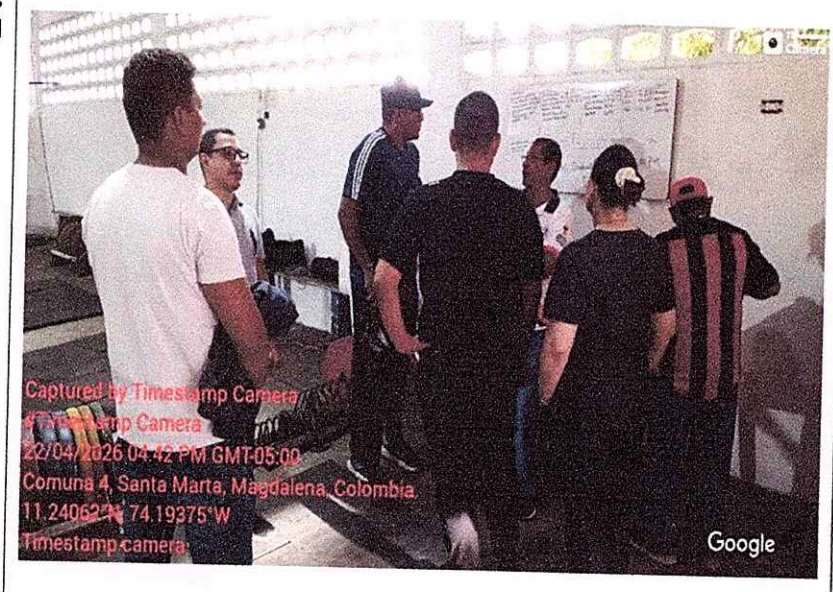
A. INFORMACIÓN GENERAL					
Contrato/Convenio N°	CPS- 34 DEL 30 DE ENERO DEL 2026				
Nombre del Contratista	*YAIR RAFAEL APRESA RUDAS*				
N° de identificación	*85.475.167*				
Objeto	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA TÉCNICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES DEL MAGDALENA**				
Valor inicial	*$19.200.000 DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE*				
Valor total	*$26.000.000 VEINTISEIS MILLONES DE PESOS M/CTE*				
Valor de honorarios periodo	*$5.500.000 CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE*				
N° Pago / N° de informe	*03 DE 5*				
Periodo del informe	*Abril*				
N° CDP	*37 DEL 29 DE ENERO DEL 2026*				
N° CRP	*34 DEL 30 DE ENERO DEL 2026*				
Plazo inicial	*5 MESES CONTADOS EN EL ACTA DE INICIO*				
Plazo final	*30 DE JUNIO DE 2026*				
Fecha del Acta de Inicio	*30/01/2026*				
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)					
N° de modificación	*1 (uno)*				
Tipo de modificación (Marque con una X)	Adición	*X*	Prórroga	*X*	
	Suspensión		Reinicio		
	Cesión				
Valor adicionado	***$6.800.000 SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE***				
CDP de la adición	*106 DEL 24 DE ABRIL DE 2026*				
CRP de la adición	*110 DEL 24 DE ABRIL DE 2026*				
Tiempo prorrogado	*1 MES*				
Tiempo suspendido	*No Aplica*				
C. POLIZAS (si aplica)					
N° de póliza	*No Aplica*				
Nombre de la aseguradora	*No Aplica*				
Fecha de la póliza	*No Aplica*				
Acto Administrativo de Aprobación	*No Aplica*				

D. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS	
OBLIGACIÓN N° 1: **APOYAR EN LA REALIZACIÓN LA PROGRAMACIÓN, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS TÉCNICOS PEDAGÓGICOS Y OPERATIVOS DEL PROGRAMA ALTO RENDIMIENTO Y DEMÁS PROYECTOS DEL INSTITUTO.**	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**

Se realizaron las pruebas psicotécnicas y físicas a los aspirantes al Programa de Alto Rendimiento 2026.	 

A. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS OBLIGACIÓN N° 6:

APOYAR EN LA SUPERVISIÓN CONTRACTUAL DE LOS ENTRENADORES DE LIGAS DEPORTIVAS Y EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Detalle de las actividades realizadas	Evidencias o Soportes verificados
Se realizó visita, reunión con los presidentes, entrenadores y deportistas de varias ligas deportivas con el equipo interdisciplinario del programa de alto rendimiento.	 

A. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES RECIBIDAS OBLIGACIÓN N° 6:

DESPLAZARSE DENTRO Y FUERA DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA CUANDO SE REQUIERA, CONFORME A LA MISISÓN DEL INSTITUTO, CONCORDANCIA CON LAS NECESIDADES QUE SE DERIVEN EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Se apoyó en las actividades realizadas en el municipio de Pivijay con la socialización del lanzamiento del programa de Cambia y Muévete por la Vida	 
OBLIGACIÓN N° 4:	

LAS DEMAS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Se apoyó en la entrega de uniformes y en la inauguración del campeonato interno de la gobernación del Magdalena 2026	 
OBLIGACIÓN N° 4:	

LAS DEMÁS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS.	
Detalle de las actividades realizadas	**Evidencias o Soportes verificados**
Se apoyó en la reunión del área técnica con los coordinadores de deportes de los diferentes municipios del Departamento.	 

OBLIGACIÓN N° 4:
LAS DEMÁS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS.

GESTIÓN CONTRACTUAL

CERTIFICACIÓN PARA PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte

Magdalena

Detalle de las actividades realizadas	Evidencias o Soportes verificados
Se apoyó en las actividades realizadas en la terminal de transporte en el 1er festival vive el Magdalena.	 

RECOMENDACIONES Y/U OBSERVACIONES:

GESTIÓN CONTRACTUAL

CERTIFICACIÓN PARA PAGO POR PARTE DEL SUPERVISOR

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte

Magdalena

ITEM	VERIFICACION DE REQUISITOS *Marcar con una X según corresponda*	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	El contratista autoriza que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato, le sean descontados del valor a cancelar en el presente pago.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
5.	Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, como consta a continuación:	x	

INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL *Diligenciar la información según la verificación de la(s) planilla(s) aportada(s), en el primer pago, colocar "CERTIFICACIÓN" y N/A en el resto de casillas*			
PLANILLA N°:	9502234954		
CONCEPTO DE PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD	SANITAS	06-04-2026	$260.000
PENSION	PROTECCIÓN	06-04-2026	$332.800
ARL	POSITIVA	06-04-2026	$21.900

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al informe No. 03 que comprende el periodo *28/03*/2026 A 28/04/2026

La presente certificación se expide en el D.T.C. e H. de Santa Marta a los 4 días del mes de mayo del año 2026.

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	**ANTONIO LUIS SILVA GOMEZ** **SUPERVISOR**

GESTIÓN CONTRACTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte

Magdalena

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
Nombre Completo	YAIR RAFAEL APRESA RUDAS	**Número de identificación**	85.475.167
Contrato N.º	CPS 34	**Fecha de suscripción contrato:**	*29/01/2026*
Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP Nº: **(Escriba número y fecha)**	*N.º 37 29/01/2026*	**Registro Presupuestal – RP Nº:** **(Escriba número y fecha)**	*N.º 34 30/01/2026*
Requiere Póliza: **(indicar SI, NO o N/A)**	*NO*	**Fecha Aprobación Póliza (Indicar Fecha, sino colocar N/A)**	*N/A*
Fecha de inicio contrato:	*29/01/2026*	**Fecha de finalización contrato:**	*30/05/2026*
Numero de Planilla de seguridad social	9502234954	**Fecha de pago**	*06/04/2026*
Periodo del informe: **(Escriba la fecha desde y hasta cuando reporta la ejecución de avance de sus obligaciones)**	*28/03/2026 AL 28/04/2026*	**Informe número:**	*3 DE 5*
Objeto del contrato:	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA TÉCNICA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE DEPORTES DEL MAGDALENA**		

GESTIÓN CONTRACTUAL

INFORME DE ACTIVIDADES

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte

Magdalena

RESUMEN DE ACTIVIDADES				
	ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)	PRODUCTO	SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)
1	**APOYAR EN LA REALIZACIÓN LA PROGRAMACIÓN, PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS TÉCNICOS PEDAGÓGICOS Y OPERATIVOS DEL PROGRAMA ALTO RENDIMIENTO Y DEMÁS PROYECTOS DEL INSTITUTO.**	Realicé las pruebas psicotécnicas y físicas a los aspirantes al Programa de Alto Rendimiento 2026.	Se escogieron los deportistas que harán parte del Programa Alto Rendimiento Magdalena Grande 2026	 
2	**APOYAR EN LA SUPERVISIÓN CONTRACTUAL DE LOS ENTRENADORES DE LIGAS DEPORTIVAS, EQUIPO INTERDISCIPLINARIO .**	Realicé visita, reunión con los presidentes, entrenadores y deportistas de varias ligas deportivas con el equipo interdisciplinario del programa de alto rendimiento.	Se entrega documentación para la planificación de trabajos de los entrenadores e información de atención a deportistas por el equipo interdisciplinario.	 

Nit: 819.000.843-3
Calle 41 # 31-461
Complejo Deportivo Polisur
Santa Marta D.T.C.H.

GESTIÓN CONTRACTUAL

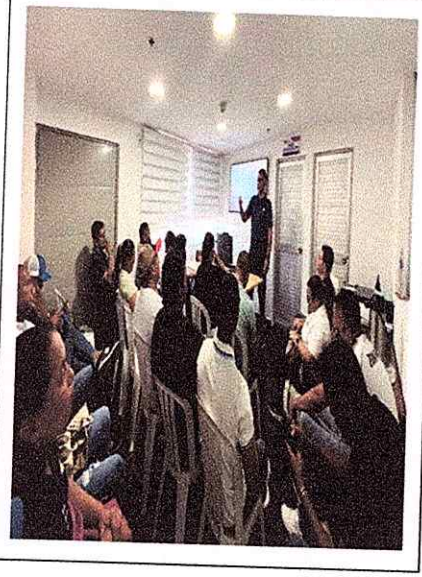
INFORME DE ACTIVIDADES

Gobernación del MAGDALENA

INDEPORTES Instituto Departamental del Deporte

Magdalena

RESUMEN DE ACTIVIDADES				
	ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)	PRODUCTO	SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)
3	**DESPLAZARSE DENTRO Y FUERA DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA CUANDO SE REQUIERA, CONFORME A LA MISIÓN DEL INSTITUTO, EN CONCORDANCIA CON LAS NECESIDADES QUE SE DERIVEN EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL.**	Apoyé en las actividades realizadas en el municipio de Pivijay con la socialización del lanzamiento del programa de Cambia y Muévete por la Vida	Se definió fecha, hora y lugar donde se realizará el evento y se acordó el apoyo por parte del alcalde y el gerente del hospital.	 
4	**LAS DEMÁS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS.**	Apoyé en la entrega de uniformes y en la inauguración del campeonato interno de la gobernación del Magdalena 2026	Se entregaron los uniformes a los equipos participantes y se llevo acabo la inauguración del torneo interno de futbol sala de la gobernación.	 

RESUMEN DE ACTIVIDADES			
	ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)	PRODUCTO	SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)
5	**LAS DEMÁS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS.**	Apoyé en la reunión del área técnica con los coordinadores de deportes de los diferentes municipios del Departamento.	Se hizo la socialización del programa de alto rendimiento a los coordinadores de los municipios del Departamento.	 

RESUMEN DE ACTIVIDADES				
	ACTIVIDADES U OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Hacer descripción cualitativa, cuantitativa y fecha de la actividad)	PRODUCTO	SOPORTE (Nombre, Fecha, Ubicación del Archivo Soporte)
6	**LAS DEMÁS QUE SE LE SEAN ASIGNADAS, CONFORME AL OBJETO DEL CONTRATO Y LAS ACTIVIDADES ANTES SEÑALADAS.**	Apoyé en las actividades realizadas en la terminal de transporte en el 1er festival vive el Magdalena.	Se brindo atención a los transportadores y personal que llego hasta la terminal todo el fin de semana que iban llegando a la ciudad o se dirigían a otras ciudades y municipios del departamento.	 

Nota: los Soportes del producto deben adjuntarse digitalmente o es especificar la forma en que estos se entregan o adjuntan.

Elaboró	Recibió
YAIR RAFAEL APRESA RUDAS	ANTONIO LUIS SILVA GOMEZ
85.475.167	7.140.600