enterritorio	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO**	CÓDIGO:	**F-FI-06**
		VERSIÓN:	**2**
	GESTIÓN FINANCIERA	VIGENCIA:	**1/07/2021**

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: Ingrid Facio Lince Téllez

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [ ] CC [X] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 1,018,403,540 **DV:** 2

MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN [ ]

TELÉFONO: 3143658646 **CORREO ELECTRÓNICO** ifaciolincet@gmail.com

FUNCIONAMIENTO	[ ]	**CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO**	[X]	**SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS**	[ ]

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO	221003	**No. CONTRATO**	2210289	**FUENTE DE FINANCIAMIENTO**	**001007**

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	4,306,999

No. PROCESO CONTRACTUAL DP4-221003-122-2021

FACTURA No. **CUENTA DE COBRO** [X] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

ANTICIPO:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**	
RETEGARANTIA:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**ESPECIFIQUE:**	
AMORTIZA:	**SI** [ ]	**NO** [ ]	**%** [ ]	**VALOR $**		**ESPECIFIQUE:**	

2. PERIODO DE COBRO

INICIO	15/08/2021	**FIN**	3/09/2021	**DESEMBOLSO Nº**		**VALOR BRUTO $**	4,306,999

3. APROBACIONES

	APRUEBA - INTERVENTOR	**AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL**	**VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio**	
FIRMA:				
NIT / C.C.:			**80,751,169**	**52,963,565**
NOMBRE:			Oscar Sierra	**Diana Milena Castañeda**
			Supervisor Técnico SGC	**Gerente CI-221003**

OBSERVACIONES:

Número de planilla pago salud y pensión: 423625053. Periodo: 2021-08. Fecha de pago: 2021/08/23

Se liquidaron 7 días de acuerdo al decreto anterior de honorarios varibles y a partir del 22 de agosto (restantes 12,5 días de la comisión) se liquidó de acuerdo al nuevo decreto, según las instrucciones proporcionadas por Enterritorio.

AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio es el Gerente del contrato interadministrativo)

SONIA JANETH CASTELLANOS MORALES

Firmado digitalmente por SONIA JANETH CASTELLANOS MORALES
Fecha: 2021.10.11 19:55:20 -05'00'

SONIA JANETH CASTELLANOS MORALES

ORDENADOR DEL GASTO

(NO APLICA PARA CONTRATOS)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio.

1. INFORMACIÓN GENERAL

a.	**Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad.
b.	**Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad.
c.	**Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo.
d.	**Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen**
e.	**Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica.
f.	**Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico.
g.	**Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR))
h.	**Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta.
i.	**No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II).
j.	**Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco.
k.	**Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que esta tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente.
l.	**Valor variable:** escriba el valor variable que corresponde al desembolso que esta tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente.
m.	**Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco.
n.	**Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento.
o.	**Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo.
p.	**Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
q.	**Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos.
r.	**Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
s.	**Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco).

t.	**Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor.

2, PERIODO DE COBRO

a.	**Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes
b.	**Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes
c.	**Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar
d.	**Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar

3. APROBACIONES

a.	**Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre.
b.	**Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS).
c.	**Verifica Supervisor ENTerritorio (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el segumiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio.
d.	**Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio y autoriza el pago.

eterritorio	**MODELO CUENTA DE COBRO**	CÓDIGO:	**F-FI-10**
		VERSIÓN:	**02**
	GESTIÓN FINANCIERA	VIGENCIA:	**2021-07-01**

Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio
NIT 899.999.316-1

DEBE A:

NOMBRE: **Ingrid Facio Lince Téllez**

IDENTIFICACIÓN: CC [x] NIT [ ] NUMERO **1,018,403,540** DV 2 DE Bogotá D.C.

LA SUMA DE:

(LETRAS) **Cuatro millones trescientos seis mil novecientos noventa y nueve pesos**

(NUMEROS) $ **4,306,999**

POR CONCEPTO DE:

CONTRATO No. **2210289** DESEMBOLSO No. [ ] DE [ ]

OBJETO: Prestar los servicios profesionales por sus propios medios con plena autonomía técnica, administrativa y financiera para ejecutar el convenio ANH-SGC Dirección de Asuntos Nucleares: "Aunar esfuerzos técnicos, humanos, administrativos, financieros y logísticos para la unificación de la información geológica de superficie en un sistema integral basado en la cartografía para la subcuenca de Caguán", realizando las actividades para estudios de petro-termocronología para la exploración y desarrollo del conocimiento geocientífico en exploración de recursos hidrocarburíferos en la cuenca Caguán-Putumayo fase I.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: **15/08/2021** y **3/09/2021**

FECHA: 7/10/2021

DIRECCIÓN: **Carrera 45 #22a-60 Aparatamento 606**

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: **Bogotá, D.C.**

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): **7490**

TELÉFONO **3143658646**

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro baja la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [x] NO [ ]

En el ejercicio de mi actividad he vinculado o contratado. (Marque una sola opción)

Ningún o un (1) trabajador asociado a mi actividad [x]
Dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad [ ]

Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:

Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud	
Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC)	
Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda	
Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral.	
Declaración juramentada de dependencia económica	

Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de $

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE DOCUMENTO				NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	, PARENTESCO
	CC	RC	TI	CE		

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.

Ingrid Facio Lince T.
FIRMA

* Ver aviso de privacidad para recolección de datos al respaldo de este documento

* Ver instrucciones para el diligenciamiento al respaldo de este documento

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato, junto con las respectivas firmas. ENTerritorio realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la centa de cobro en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio.

a.	**Nombre:** se debe consignar los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación.
b.	**Identificacion:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadania.
c.	**Letras:** Diligenciar con claridad el valor, correspondiente a la sumatoria del valor fijo y variable (si aplica)
d.	**Números:** Diligenciar el valor total a cobrar de acuerdo a lo establecido en el contrato firmado con ENTerritorio (sumatoria del valor fijo y variable - si aplica)
e.	**Contrato:** Escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
f.	**Objeto:** Diligenciar el objeto registrato en el memorando de solicitud de contratacion, el cual aparece en el Secop II o en la minuta del contrato
g.	**Periodo Comprendido Entre:** Se diligencia el periodo a cobrar del mes (DD/MM/AAAA), de acuerdo a la forma de pago establecida contractualmente
h.	**Fecha:** Diligenciar la fecha del dia que se radica la cuenta de cobro
i.	**Dirección:** residencia del contratista
j.	**Ciudad:** municipio y/o ciudad donde se presta el servicio
k.	**CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO:** Inicar el codigo CIIU de la actividad economica
l.	**Telefono:** fijo o numero de celular
m.	**Soy declarante de renta:** Indicar si declara impuesto de renta y complementarios.
n.	**En el ejercicio de mi actividad he vinculado o contratado:** Maque la cantidad de personas viculadas para el ejercicio de la actividad.
ñ	**Beneficios tributarios:** Indicar con una x a que beneficios tributarios desea acceder.

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio , con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

enterritorio	**INFORME DE DESPLAZAMIENTO CONTRATISTAS**	CÓDIGO:	F-GG-40
		VERSIÓN:	**01**
	GERENCIA Y GESTIÓN DE PROYECTOS	VIGENCIA:	**2020-10-24**

	AÑO	**MES**	**DIA**
FECHA:	2021	09	20

No. Solicitud aplicativo de tiquetes:	261540

Nombre del contratista:	INGRID FACIO LINCE TÉLLEZ					
Lugar del desplazamiento:	FLORENCIA, CAQUETA					
Fecha del desplazamiento:	**Desde**			**Hasta**		
	AAAA	**MM**	**DD**	**AAAA**	**MM**	**DD**
	2021	08	15	2021	09	03
Nombre del Supervisor:	OSCAR SIERRA			**Rol o cargo**	Supervisor técnico SGC	
Objeto de la visita:	Realizar la cartografía geológica de la Plancha 413-Florencia por medio de recorrido de transectas, descripción de estaciones y muestreo, localización y realización de secciones estratigráficas de unidades cretácicas del área, recolección de muestras del Macizo de Garzón y unidades sedimentarias para petrografía, bioestratigrafía y geocronología.					

INFORME

15/08/2021: Viaje Bogotá-Florencia (via aerea), compra de materiales y suministros para trabajo en campo. Reunión con todo el grupo participante en la comisión.
16/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Recorrido de reconocimiento del área y unidades geológicas. Reconocimiento Sección estratigráfica El Vergel (SEV). Inicio de poligonal y bastoneo.
17/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Descripción y muestreo SEV.
18/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Descripción y muestreo SEV.
19/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Descripción y muestreo SEV.
20/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Descripción y muestreo SEV.
21/08/2021: Reunión Batallón para inducción sobre seguridad en el área, desminado y primeros auxilios.
22/08/2021: Carretera Florencia – Huila. Descripción y muestreo SEV. Recopilación de toda la información: fotografías, muestras, formatos Gamma R, poligonal.

Fotografía 1. Restos de peces y material vegetal en arenas calcáreas de la Formación Villeta de la Sección Estratigráfica El Vergel (SEV).

23/08/2021: Reconocimiento Sección Estratigráfica Filo del Hambre. Compra de materiales y organización logística para desplazamiento a campamento.

INFORME

24/08/2021: Municipio Belén de los Andaquíes, Vereda La Primavera. Desplazamiento hacia la Sección Estratigráfica La Soledad (SLS).
25/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 0 – 30 m.
26/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 30 – 60 m.

Fotografía 1. Descripción de la Sección Estratigráfica La Soledad.

27/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 60 – 90 m.
28/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 90 – 120 m.
29/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 120 – 150 m.
30/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 150 – 180 m.
31/08/2021: SLS: descripción, muestreo, formatos y fotos. 180 – 210 m.
01/09/2021: Recorrido por SLS y regreso a Florencia.
02/09/2021: Recorrido a la Sección Estratigráfica La Arenosa y recopilación de información.
03/09/2021: Organización de muestras para envío a Bogotá. Viaje Florencia- Bogotá (vía aérea).

CONCLUSIONES

a. Sección estratigráfica El Vergel (municipio Florencia, vereda El Vergel, carretera Florencia Huila): 110 metros levantados (73 bastones): descripción litológica, muestreo, formatos de muestras, fotografías y organización de la información digital.
b. Sección estratigráfica La Soledad (municipio Belén de los Andaquíes, vereda La Primavera, quebrada afluente de La Soledad): 210 metros levantados (143 bastones): descripción litológica, muestreo, formatos de muestras, fotografías y organización de la información digital.

ANEXOS

Firma del contratista:	Ingrid Facio Lince T. Ingrid Facio Lince Téllez	**Firma del supervisor:**	Oscar Sierra

Ver instrucciones de diligenciamiento al respaldo

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Fecha: fecha de presentación del *FMI069 Informe de Desplazamiento Contratistas*.
No. Solicitud aplicativo de tiquetes: diligencie el número de solicitud del aplicativo de tiquetes.
Nombre del contratista: nombre y apellidos del contratista.
Lugar de desplazamiento: se registran los diferentes lugares visitados según el objeto del desplazamiento. Es preciso que se registren todos los sitios, especificando vereda, barrio, sector corregimiento, municipio y departamento.
Fecha del desplazamiento: se registra la fecha de inicial y la fecha final del desplazamiento.
Nombre del supervisor: se registra los nombres y apellidos del supervisor del contratista que reporta el viaje y su rol o cargo, ejemplo: Gerente de Convenio No. #### / Gerente de Grupo XXXX / Subgerente (Técnico, Administrativo, Contratación o Financiero).
Objeto de la visita: descripción clara del objeto de la visita.
Informe:
1. El informe de desplazamiento recogerá los aspectos más relevantes y conclusiones que queden plasmadas en las actas que se suscriban producto de la(s) visita(s).
2. El informe debe relacionar de forma cronológica todas las actividades o visitas realizadas.
3. Transcribir las siglas que se relacionen en el contenido del informe.
4. El informe de desplazamiento debe relacionar los cargos y los nombres de los acompañantes en las actividades de la comisión o desplazamiento.
5. Los registros fotográficos se deben reportar a la par con el contenido del informe y deberán llevar nota al pie con la fecha, lugar y asunto relacionado de la fotografía.
6. Las fotografías no pueden sobrepasar en ninguna de sus dimensiones los 6 cm.
7. El informe de desplazamiento debe radicarse al supervisor del contrato, con máximo tres días hábiles luego de la finalización de la visita, con el fin de reaccionar a tiempo frente a recomendaciones o hallazgos críticos en la(s) visita(s).
8. El informe de desplazamiento se debe transferir al expediente documental del contrato derivado, contrato o convenio interadministrativo objeto de la visita.
9. Cuando se trate de una visita de seguimiento a la ejecución de una obra, los supervisores deben incluir como anexo obligatorio al FMI069 Informe de Desplazamiento Contratistas, el formato FMI020 Acta de Seguimiento de Contrato. Estos formatos harán parte del informe de pago de los supervisores.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018403540		INGRID FACIO LINCE TELLEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 45 #22a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4785882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1101875931	9423625053	I	2021/09/09	2021/08/23	BANCOLOMBIA	0	$733,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$2,573,242	$411,800			$2,573,242	$321,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$733,500
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$2,573,242	$411,800			$2,573,242	$321,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$733,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,573,242	$411,800			$2,573,242	$321,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$733,500
1	CC	1018403540 FACIO LINCE INGRID																		25-14	30	$2,573,242	$411,800	EPS005	30	$2,573,242	$321,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$733,500
Total		**Afiliados(1)**																				$2,573,242	$411,800			$2,573,242	$321,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$733,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018403540		INGRID FACIO LINCE TELLEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 45 #22a-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4785882	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1101875931	9423625053	I	2021/09/09	2021/08/23	BANCOLOMBIA	0	$733,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$411,800	$0	$0	$411,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$411,800	$0	$0	$411,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$321,700	$0	$0	$321,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$321,700	$0	$0	$321,700
TOTAL				**1**	**$733,500**	**$0**	**$0**	**$733,500**

Tarjeta de Embarque / Boarding pass

030

Nombre del pasajero/Passenger name

FACIO LINCE/INGRID

NI1018403540

SATENA
ES COLOMBIA

Vuelo/Flight	**Fecha**/Date	**Salida**/Departure
9R 8645	**15AUG**	**1015**

Desde/From
BOGOTA

Hacia/To
FLORENCIA

Puerta/Gate
A CONFIRMAR

Hora Embarque/Boarding Time
09:30

Asiento/Seat
9B

No. Ticket
192461688705

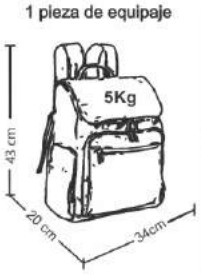
Para pasaje electrónico, el presente es el billete de pasaje requerido por el sistema Varsovia/La Haya, el cual regula el transporte aéreo internacional. Dichos convenios en la mayoría de los casos, limitan la responsabilidad del transportista por muerte o lesiones así como por pérdida o averías del equipaje. / For passengers with electronic ticket, this is your travel ticket as per requested by Warsow/The Hague conventions, regulation international air transportation. Such conventions in most of the cases limit the carrier's hability in the event of death or injuries as well as lost do damage of luggage.

- El pasajero declara conocer la validez y condiciones de la tarifa pagada. / The passenger acknowledges the validity and conditions of the fare paid.
- El pasajero declara conocer la documentación requerida para el viaje. / The passenger acknowledges the documentation required for the trip.

www.satena.com

Equipaje de Mano Permitido / *Carry-on Baggage Allowance* - **Cada pasajero puede llevar** / *Each passenger may take*

1 Pieza de Equipaje *1 Piece of Baggage*	1 Vuelos regionales *1 Regional Flights*	5 Kg. MAX
1 Artículo Personal *1 Personal Item*	Cartera, mochila pequeña, laptop, cámara de video o bolso de bebé (si viaja con infante) *Purse, small backpack, laptop, video camera or diaper bag (when traveling with infant)*	



"Si su equipaje de mano no cumple con el peso o volumen permitido, será enviado como equipaje condicional, previa cancelación del valor correspondiente por exceso de equipaje / If your hand luggage does not meet the weight or volume allowed, it will be sent as conditional luggage, pay for over weight before
Por razones operacionales, en algunos vuelos podría restringirse el equipaje de mano en cabina / Due to operacional reasons some fligths may enforce carry-on baggage restrictions
Si requiere asistencia favor contáctenos en la puerta de embarque de su vuelo / *If you need any assistance please contact our staff at your boarding gate.*

027

EASYFLY

TARJETA DE EMBARQUE / BOARDING PASS

Fecha / Date
03SEP
Salida / Departure
1100

Desde / From
FLORENCIA
(FLA)

Hacia / To
BOGOTA
(BOG)

Nombre del Pasajero / Passenger Name
FACIO LINCE/INGRID
NI1018403540

Vuelo / Flight
VE 9035
No. Ticket 2460330254473

Hora en sala / Boarding Time
10:15

Asiento / Seat
6C

Puerta / Gate
A CONFIRMAR

ATENCIÓN PASAJEROS

Si tu origen / destino es Bogotá ten en cuenta que los vuelos son operados desde **Aeropuerto Internacional El Dorado (T1)**

Infórmate de los protocolos de bioseguridad para tu viaje en: **https://www.easyfly.com.co/vuelafacil**

VIAJA SEGURO
Con todas las medidas de bioseguridad

VIAJAR EASY, ES VIAJAR SEGURO. **UTILIZA TAPABOCAS** EN TODO MOMENTO

RECUERDA QUE AHORA **ES NECESARIO** PRESENTARTE SIEMPRE CON **2** HORAS* DE **ANTELACIÓN** AL VUELO

*Para cumplir con los controles de bioseguridad y tamizajes dentro del Aeropuerto, y tomar el vuelo a tiempo

1 PIEZA DE EQUIPAJE **DE MANO***

1 PIEZA DE EQUIPAJE **DE BODEGA**

Equipaje de mano no permitido

Según normativas de la Aeronáutica Civil colombiana, en tu equipaje de mano puedes llevar documentos, joyas, dinero en efectivo y artículos electrónicos. **No debes llevar** elementos cortopunzantes, envases o recipientes que contengan más de 100ml.

* El equipaje de mano que no cumpla lo requerido será enviado a la bodega del avión. Para más información consulta nuestra política de equipaje en **www.easyfly.com.co**

Equipaje de bodega no permitido

El equipaje de bodega debe cumplir con las dimensiones y pesos autorizados y **no contener artículos catalogados como peligrosos** (Armas de fuego, explosivos, encendedores, líquidos inflamables, veneno, ácidos, gases comprimidos, baterías de litio, etc.)

Para más información sobre equipaje no permitido consulta nuestra página web: **www.easyfly.com.co**

Recuerda que debes tener a la mano tu **documento de identidad para poder viajar**, y presentarte con suficiente tiempo de antelación.

CERTIFICADO DE PERMANENCIA	Lugar de Expedición: Caquetá FECHA: 19 09 2021 DIA MES AÑO	PÁGINA 1 DE 1

Nombre del Comisionado: INGRID FACIO LINCE TÉLLEZ

Identificación: 1,018,403,540

Permanecio en : Florencia, Morelia, y Belén de los Andaquies, Departamento del Caquetá

Durante los días: Bogotá - Florencia: 1**5 de agosto de 2021**. Florencia - Bogotá: **3 de septiembre de 2021**

La información de este documento se fundamenta en lo contemplado en el Artículo 83 de la Constitución Política de Colombia: "Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas"

Certifico la permanencia relacionada anteriormente

Firma

Nombre: Oscar Sierra

C.C 80,751,169 Teléfono

Cargo: Cargo Supervisor SGC

Observaciones

APLICACIÓN PRESUPUESTAL

Código Proyecto	Descripción	Uso	HONORARIOS VARIABLES		Valor
			No.dias	Vr. Diario	
1001550	Petrotermocronología	Honorarios variables (Decreto derogado)	7	217.237	**1.520.659**
1001550	Petrotermocronología	Honorarios variables (Decreto nuevo)	12.5	222.907,2	**2.786.340**
				TOTAL	**4.306.999**

Fecha revisión: (DD-MM-AAAA)	2021/09/21	Uriel Alfonso Camelo Zuluaga	
		Nombre apoyo operativo	**Firma Apoyo Operativo**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1048345066

Destino de pago
A Toda Hora SA

Motivo
PAGO PLAN PREMIUM EPS SANITAS

Fecha
05/07/2021

Número de aprobación
00345066

Dirección IP
186.83.247.220

Valor transacción
$ 108.899,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
02	8002514406	8699

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

INGRID FACIO LINCE TELLEZ

CARRERA 45 #22A-60
BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S. A. S. EPS SANITAS
NIT 800251440 - 6

Somos Grandes Contribuyentes según Resolución DIAN No. 9061 del 10/12/2020
Resolucion DIAN No. 18764012260218 del 12/04/2021 al 12/10/2022 autoriza facturacion electronica del 710-1000001 al 710-3000000 vencimiento 18 meses
Actividad Economica CIIU 6521

CUFE:d93eb073809287daa81ab8eb0d74973946d037695c32ab19ba88f4233389fd5893a7f42f3f9ff89c0d23969706b1e0b5

ITEMS FACTURADOS: 1

CONTRATO REFERENCIA PARA PAGO:	**318152262**
Factura Electrónica de Venta PAC:	710-1229293
Fecha de Expedición:	30/06/2021 12:25:31
Pagar Antes del:	**15/07/2021**
Forma de Pago:	CREDITO
Suspensión del servicio a partir de:	16/07/2021

Concepto	Valor
CUOTA PERIODO PLAN PREMIUM DE 01/07/2021 AL 30/09/2021	$103,713
IVA 5%	$5,186
TOTAL PERIODO	**$108,899.00**

EXTRACTO AL 30/06/2021

Fecha	Concepto	Transaccion	Valor Credito	Valor Debito	Saldo
	Saldo al 29/03/2021				$0
29/03/2021	Factura	710-852439	$108,899		$108,899
06/04/2021	PAGO	12635687		$108,899	$0
	Saldo al 30/06/2021				$0.00

Factura del Periodo 01/07/2021 al 30/09/2021 $108,899

VALOR TOTAL A PAGAR **$108,899**

PLAN PREMIUM

RECAUDO EXCLUSIVO BANCO DE BOGOTA

(415)7707246432000(8020)00000318152262(3900)000000108899(96)20210930

Para pagar favor utilizar este cupón

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS

- ✓ Enlace www.epssanitas.com opción Afiliados PlanPremium/botón Tus cuotas mensuales
- ✓ Portal de Pagos Grupo Aval-AvalPay

PAGOS POR CORRESPONSAL BANCO DE BOGOTÁ CONVENIO (7164)

- ✓ Vía Baloto
- ✓ Grupo Éxito
- ✓ Copidrogas
- ✓ Red Cerca
- ✓ Full Carga

PAGO EN OFICINA BANCO DE BOGOTÁ CUENTA 033626110

Pague su factura aquí

pse AvalPay Center

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA PARA PAGO
				318152262
CONTRATO No.			VALOR CUOTA PERIODO	PARA PAGO TOTAL CANCELE
318152262			108,899	**108,899**

EFECTIVO

CHEQUE NO.

TOTAL

Línea telefónica Bogotá 375 9393, Cali 644 0911, Barranquilla 336 0669, Bucaramanga 685 1059, Medellín 415 8306, Línea Nacional: 018000957010

Fabricante Software: Sonda de Colombia Nit 830001637/Proveedor tecnológico: Transfiriendo Nit 900032159