	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE GESTIÓN DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS DESPOJADAS	PÁGINA: 1 DE 1
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	CÓDIGO: GF-FO-05
	CERTIFICACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE PAGO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VERSIÓN: 16

Clasificación de la Información: Publica ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐ — Fecha de aprobación: 24/01/2024

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

APELLIDOS	ROA OME				
NOMBRES	CARLOS ANDRES				
CÉDULA	1.026.284.323				
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

CONTRATO N°	3.186	VALOR TOTAL	$	22.921.250,00		CDP	3324	RP	1232324		
VIGENCIA	2.024	DESDE	18	JUL	2.024	HASTA	31	DIC	2.024		
TIPO DE CONTRATO	SERVICIOS PROFESIONALES										

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?	SI	DESDE	1	DIC	2024	HASTA	31	DIC	2024
VALOR ADICIÓN	$ 4.167.500,00	REDUCCIÓN				VALOR			
¿CESIÓN? No.	CEDENTE	FECHA				VALOR CESIÓN			
	CESIONARIO	DESDE							
¿SUSPENSIÓN?		DESDE				HASTA			
¿TERMINACIÓN ANTICIPADA?		FECHA							

INFORMACIÓN PARA PAGO

¿PENSIONADO?	NO	NÚMERO DE PAGO	ÚLTIMO PAGO	BASE DE APORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL	$ 1.667.000,00
RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA				

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 4.167.500,00	NUMERO DE FACTURA	N/A
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)		BASE GRAVABLE	$ -
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA)	$ 4.167.500,00	IVA	$ -
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 266.700		
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 208.400		
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR	UNO (I)		
APORTES ARL (**) MES ANTERIOR	$ 8.700		
APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	$ -		

DATOS SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE F. PENSIÓN	PORVENIR
NOMBRE EPS	ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.
NOMBRE ARL	POSITIVA

NÚMERO DE ACTIVIDADES	1

ACTIVIDAD	%	VALOR
C-1799-1100-1-53105B-1799060-02 Ejecutar el modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad	100,00%	$ 4.167.500,00
TOTALES	100,00%	$ 4.167.500,00

DATOS BANCARIOS

BANCO	BANCO BCSC	TIPO	AHORROS	No. CTA	24059238889

NOTA: (*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA): en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
(**) Valor que depende del nivel de riesgo que establezca la Entidad.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1º Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión, ARL (si aplica), del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.

2º En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.

3º De conformidad con el Decreto 1273 de 23 de julio de 2018 en la aplicación del artículo 3.2.7.6 PLAZOS; manifiesto que en caso de presentar la cuenta de cobro de manera extemporánea y de acuerdo a la circular interna del GGEF donde se indican las fechas para radicación de cuentas, seré responsable del pago de los aportes a seguridad social con sus respectivos intereses de mora a que haya lugar

4º De acuerdo con el artículo 89 de la Ley 2277 del 2022, los trabajadores independientes con ingresos netos mensuales iguales o superiores a un (1) salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del cuarenta por ciento (40%) del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del impuesto sobre las ventas -IVA.

FIRMA: CARLOS ANDRES ROA OME

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor(es) del presente contrato de prestación de servicios, certifico el cumplimiento por parte del contratista de las actividades descritas en el formato GC-FO-15 INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓÑN SUPERVISOR(ES) CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN o GC-FO-54 INFORME FINAL ACTIVIDADES Y CERTIFICACIÓN SUPERVISOR(ES) (según corresponda), el cual será remitido en original a Gestión Documental para su inclusión en el expediente contractual, razón por la cual autorizo el pago.

Nº DE SUPERVISORES	NOMBRE	BETCY SOLANYI MATIZ PRADO	CARGO / ROL	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	DEPENDENCIA	GRUPO DE GESTIÓN DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO
1	NOMBRE		CARGO / ROL		DEPENDENCIA	

Betcy Matiz P

FIRMA: BETCY SOLANYI MATIZ PRADO

FIRMA:

Si usted copia o imprime este documento,la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte siempre el Sistema de Información Strategos

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026284323		ROA OME CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 2 64 A 65 INT 16 APT 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059304	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1105541111	9477636258	I	2024/12/06	2024/12/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$675,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$349,300	$0	$0	$349,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$349,300	$0	$0	$349,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$0	$0	$53,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$53,200	$0	$0	$53,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,900	$0	$0	$272,900
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$272,900	$0	$0	$272,900
TOTAL				1	$675,400	$0	$0	$675,400

12DIC2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026284323		ROA OME CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 2 64 A 65 INT 16 APT 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059304	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1105541111	9477636258	I	2024/12/06	2024/12/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$675,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
1	CC	1026284323	ROA CARLOS	230301	30	$2,182,998	$349,300	EPS001	30	$2,182,998	$272,900		0	$0	$0	14-23	30	$2,182,998	$53,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0

aportes en línea

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1026284323**

EPS: **ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)**

Valor aportado a EPS: **272900**

Clave de pago: **9477636258**

Período de cotización (salud): **2024** **11**

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

13 DIC 2024

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026284323		ROA OME CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 2 64 A 65 INT 16 APT 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059304	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1115072840	9478727045	I	2025/01/09	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$675,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$349,300	$0	$0	$349,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$349,300	$0	$0	$349,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,200	$0	$0	$53,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$53,200	$0	$0	$53,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,900	$0	$0	$272,900
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$272,900	$0	$0	$272,900
TOTAL				1	$675,400	$0	$0	$675,400

11 DIC 2024

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026284323		ROA OME CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 2 64 A 65 INT 16 APT 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059304	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1115072840	9478727045	I	2025/01/09	2024/12/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$675,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0
1	CC	1026284323 ROA CARLOS	230301	30	$2,182,998	$349,300	EPS001	30	$2,182,998	$272,900		0	$0	$0	14-23	30	$2,182,998	$53,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,182,998	$349,300			$2,182,998	$272,900			$0	$0			$2,182,998	$53,200		$0	$0

aportes en línea

Verificar planilla

Verifique la validez de un soporte de pago.

Por favor indique la siguiente información:

Tipo de documento: **Cédula de ciudadanía**

Número de documento: **1026284323**

EPS: **ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)**

Valor aportado a EPS: **272900**

Clave de pago: **9478727045**

Período de cotización (salud): **2024** **12**

No soy un robot

reCAPTCHA
Privacidad - Condiciones

Verificar planilla

La información especificada coincide con un pago registrado en el sistema.

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

1	FUNCIONARIO		CONTRATISTA	X	FECHA DE ENTREGA	30/12/2024

2	NOMBRE COMPLETO DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	Nº DE CONTRATO (Espacio únicamente a diligenciar por contratistas)	FECHA DE TERMINACIÓN DE CONTRATO O CESIÓN O FINALIZACIÓN DEL VINCULO LEGAL Y REGLAMENTARIO
	CARLOS ANDRES ROA OME	1.026.284.323	3186	31/12/2024

3	NOMBRE COMPLETO JEFE INMEDIATO / SUPERVISOR DEL CONTRATO	DIRECCIÓN TÉCNICA / OFICINA / GRUPO	NIVEL CENTRAL / DIRECCIÓN TERRITORIAL	MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN
	BETCY SOLANYI MATIZ PRADO	GESTION DE TALENTO Y DESARROLLO HUMANO	NIVEL CENTRAL	Terminación de contrato

Es responsabilidad del Jefe inmediato y/o Supervisor de contrato recibir las credenciales y accesos a los sistemas de información que presentan las siguientes características:

1. Los Sistemas de Información son propiedad de la Unidad y son administrados por dependencias como la Oficina de Tecnologías de la Información, Grupo de Gestión Económica y Financiera, Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano, Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa, Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Historica , Grupo de Gestión de Atención y Servicio a la Ciudadanía, Oficina Asesora de Comunicaciones, Oficina Asesora de Planeación, Grupo de Gestión en Prevención, Protección y Seguridad, entre otros.

2. Los Sistemas de Información que no son propiedad de la Unidad, pero deben ser accedidos para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública)

4 POR FAVOR DILIGENCIAR Y HACER FIRMAR ESTE FORMATO EN EL SIGUIENTE ORDEN:
1. Grupo de Gestión Económica y Financiera
3. Grupo de Gestión Documental , Archivo y Memoria Historica
4. Oficina de Tecnologías de la Información
5. Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa
6. Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (solo aplica para funcionarios)

4.1 Grupo de Gestión Económica y Financiera

Usuario SIIF - Marcar en las siguientes casillas si o no (si aplica diligencie este espacio o de lo contrario continúe con la siguiente sección)	SI		NO	X	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Historica

A) Inventario Único Documental (Formato GD-FO-05)
Nota: El formato GD-FO-05 deberá tener aval del supervisor del contrato y/o jefe inmediato y deberá contener los expedientes físicos en archivos tradicionales, como los documentos electrónicos que se encuentren en su equipo de cómputo.

B) Expedientes del Archivo (Préstamos)
Nota: La verificación la realizará el Gestor Documental y/o servidor que haga sus veces de cada sede y registrará su firma solo si evidencia que no se tienen expedientes en préstamo o se realizó la respectiva devolución.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Sandra Rocio Ramirez Sierra.	52'824'136	Rocio Ramirez

C) Aplica <u>únicamente</u> para expedientes de restitución de tierras

4.2 Entrega mediante el formato GD-FO-21 Traslado Documental, los documentos relacionados con los ID asignados de los expedientes de Restitución de Tierras a Gestión Documental.
Nota: el profesional misional durante la vigencia del contrato o su desvinculación en la unidad, entrega todos los documentos producidos y recibidos en virtud de la asignación de casos de ID.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

Verificación documentos generados por el servidor público
Nota: Se verificará por parte del jefe inmediado o supervisors del contrato, que en el puesto de trabajo del servidor público no quedaron documentos pendientes por entregar al Archivo.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

D) Usuario sistema ORFEO

Depuración y/o almacenamiento de comunicaciones en el sistema ORFEO

Nota 1. El Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Historica encargado de la gestión de la información que reposa en el sistema ORFEO verifica previamente que el usuario no tenga comunicaciones oficiales pendientes por gestionar, para proceder con la inactivación.

Nota 2: Los documentos inicialmente clasificados como PQRSDF en ORFEO, pero luego redefinidos como generales, no serán verificados por el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Memoria Histórica, sino por el del Grupo de Gestión, Atención y Servicio a la Ciudadanía, encargado de monitorear las PQRSDF y garantizar el cumplimiento de los términos legales.

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	Nº CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Liliana Avila Vargas	1072326249	

Oficina de Tecnologías de la Información

Para los Sistemas de Información que no son propiedad de la UAEGRTD, pero a los cuales se debe acceder para realizar reportes de la misión de la Unidad (Por ejemplo: FURAG - Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión que se accede por el portal de la Función Pública), es responsabilidad del Jefe y/o Supervisor recibir las credenciales e informar la novedad a las entidades solicitando el cambio de usuario y contraseña según el procedimiento establecido por cada entidad.

Nota: Las solicitudes de activación de credenciales, para los colaboradores que finalizan su contrato y continuarán prestando sus servicios a la UAEGRTD, serán solicitadas por cada dependencia o territorial masivamente, a través de la creación de un solo GLPI y adjuntando un único formato GT-FO-14, por lo tanto, no se genera trámite en este formulario.

LOS SIGUIENTES NUMERALES SOLO APLICAN SI EL SERVIDOR PÚBLICO NO CONTINUA VINCULADO A LA ENTIDAD

4.3

A) Respaldo de Información	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Nota: La verificación la realizará el propietario del activo de información (Supervisor, Director, Jefe, Coordinador), quien deberá garantizar que la información de los entregables y/o responsabilidades que hacen parte del desarrollo de las actividades del contratista, se encuentra ubicada en las carpetas compartidas dispuestas para tal fin.	Solanyi Matiz P	52127496	Betsy Matiz P

B) Desactivación de credenciales	# SOLICITUD GLPI	NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Nota: El supervisor o jefe inmediato o sus delegados, deberán solicitar la desactivación de las credenciales del colaborador, a través de GLPI, anexando el formato GT-FO-14 Gestión de Credenciales	137636	Leonardo Gutierrez Land	79626045	

4.4 Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa

A continuación, debe mencionar todos los bienes devolutivos que tenga a su cargo; si requiere más filas por agrupación las mismas pueden ser incluidas.

BIENES DEVOLUTIVOS

ÍTEMS	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	SERIE	PLACA	MARCA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN SI	RECIBIDO A SATISFACCIÓN NO	OBSERVACIONES
Muebles y enseres								
Equipo de comunicación								
Equipos y máquina de oficina								
Equipos de computación								
Equipos de restaurante y cafetería								
Planta de generación								
Equipos de Geoposicionamiento								
Equipos de seguridad								

OTROS ELEMENTOS

Llaves de escritorio	SI		NO	X	Tarjeta de acceso	SI		NO		Observaciones	

Nota: En caso de que el servidor público no haga devolución completa de los bienes asignados, este formato en lo que corresponde al ítem 4.4 no será firmado por parte del Grupo de Gestión de Seguimiento y Operación Administrativa

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Nancy Ada	52186357	

4.5 Grupo de Gestión de Talento y Desarrollo Humano (espacio solo para funcionarios)

Entrega de carné para funcionarios de planta			SI		NO	
Entrega de chaleco brigadista	SI		NO		N/A	

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA QUE VERIFICA	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

4.6 Entrega de carné (espacio solo para contratistas)

					NOMBRE COMPLETO DEL SUPERVISOR	N° CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA
Entrega carné al supervisor	SI		NO				

5 OBSERVACIONES:

Betsy Matiz P.

BETCY SOLANYI MATIZ PRADO
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO

CARLOS ANDRES ROA OME
QUIEN ENTREGA

ESCRIBA NOMBRE COMPLETO DEL JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO SOLO EN CASO DE SUPERVISIÓN COMPARTIDA
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DEL CONTRATO

Si usted copia o imprime este documento, la UAEGRTD lo considerará como No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión vigente y controlada, consulte el Sistema de Información Strategos