MUNICIPIO DE ARMENIA	**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS** Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Código:R-SH-PGF-003 Fecha: 08/10/2021 Versión: 002 Página 1 de 1

CERTIFICADO DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR PARA PAGOS DE CONTRATISTAS

I. INFORMACION BASICA

DIA	MES	AÑO	NOMBRE DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR	DEPENDENCIA
23	02	2022	MARTHA VIRGINIA PAHARO	SECRETARIA DE SALUD 11604

II. INFORMACION CONTRATO

NIT DEL MUNICIPIO: 890.000.464-3

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

No. DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA: CC 41.914.659

CLASE O TIPO DE CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. DEL CONTRATO: 20220590

FECHA DEL ACTA DE INICIO: ENERO 24 DEL 2022 **FECHA DE TERMINACION:** MAYO 23 DEL 2022

CDP: 2022-0715 **RP:** 2022-0632 **Código (Rubro Presupuestal):** 11604.2320202009000045990230299122.012

VALOR TOTAL: $11.200.000 **ENTIDAD BANCARIA:** DAVIVIENDA

VALOR AUTORIZADO PARA EL PAGO: $2.800.000 **CUENTA No:** 0550136600184560

SALDO RESTANTE: $8.400.000

FORMA DE PAGO: Cuatro pagos iguales mensuales vencidos por valor de **dos millones ochocientos mil pesos (2.800.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas y visto bueno por parte del encargado de ejercer la vigilancia y control.**

PERIODO A PAGAR: ***ENERO 24 A FEBRERO 23 DEL 2022***

Planilla de aportes Nro. 8618165827	--SOPORTES:
Pago de Pensión ENERO : $83.700	1. Informe del supervisor y/o interventor. 1 folio 2. Informe de Contratista. 3 folios 3. Carta Retención. 1 folio 4. Autorización descuento Estampillas 1 folio 5. Otros: Seguridad Social Enero 2022 1 folio 6. Acta de inicio. 1 folio 7. 1 CD.
Pago de Salud ENERO : $65.400	
ARL ENERO: TOTAL: $12.800	

Certifico que el contratista cumplió a cabalidad y en el tiempo pactado con las obligaciones contraídas con el Contratante. Por lo tanto, autorizo el pago por valor de: **$2.800.000**
QUE CORRESPONDE A: ANTICIPO ___ PRIMERO X SEGUNDO __ TERCERO __ CUARTO__ QUINTO __ SEXTO__ SEPTIMO___ OCTAVO___ NOVENO___ OTROS__ CUAL: _ONCE_____

La anterior certificación se expide en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Resolución 805 del 2011, de la Alcaldía de Armenia, en su artículo 23 "Por la cual se fijan funciones, atribuciones y responsabilidades a los supervisores y/o interventores".

FIRMA DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR
MARTHA VIRGINIA PAHARO CERON

NOTA: certifico que la documentación soporte relacionada con la ejecución del contrato y que se relaciona en esta certificación, reposa en las oficinas respectivas de la secretaria, debidamente foliadas y archivadas.

Contrato No.	20220590		
Objeto	SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DEL INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLES, PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS.		
Valor total	$11.200.000	**Reg. Presupuestal No.**	**20220632**
Contratista	FRANCELID RAMIREZ BERNATE		
Supervisor	MARTHA VIRGINIA PAHARO CERÓN		
Fecha de Inicio	24 DE ENERO DE 2022.		
Fecha de terminación	23 DE MAYO DE 2022.		
Plazo de Ejecución	4 (Cuatro) Meses		
Forma de Pago	Cuatro(4)pagos iguales mensuales vencidos por valor de dos millones ochocientos mil pesos M/cte. (2.800.000), previa verificación del pago de seguridad social y entrega a satisfacción del informe de actividades realizadas		

FECHA DEL ACTA PARCIAL	**Año**	**Mes**	**Día**
	2022	02	23

En la ciudad de Armenia Q., en la fecha antes indicada contratista y supervisor suscriben la presente Acta Parcial No. 01 del contrato antes identificado y autorizar su correspondiente pago.

Periodo informado	DEL 24 DE ENERO DE 2022 AL 23 DE FEBRERO DE 2022
Actividades Desarrolladas	**OBLIGACIONES ESPECIFICAS** **2.2.1.** Solicitar al Departamento Administrativo de Hacienda y Planeación Municipal los documentos presupuestales (Viabilidades, CDP, RP) con base a las necesidades de cada una de las áreas de la Secretaria de Salud Municipal. Para el periodo informado se realizaron las siguientes actividades: • Solicitud de Viabilidad de proyectos Nro.1448 para servicios de apoyo a la gestión para realizar seguimiento mensual de coberturas en bilógicos trazadores del PAI. • Solicitud de Viabilidad de proyectos Nro. 1447 servicios profesionales para la elaboración de un informe semestral de las acciones de apoyo a la gestión realizadas en la oficina de salud pública. • Solicitud de Viabilidad de proyectos Nro. 1446 seguimiento al trámite de cuentas de liquidación mensual por E.P.S. • Solicitud de disponibilidad presupuestal (CDP) Nro. 1487 fortalecimiento de la capacidad operativa para garantizar el apoyo a las actividades de los diferentes proyectos de la secretaria de salud. • Solicitud de disponibilidad pre supuestal (CDP) Nro. 1587 pago por prestación de servicios de urgencias de bajo nivel de complejidad a la población pobre no afiliada del municipio de Armenia. • Solicitud de disponibilidad presupuestal (CDP) Nro. 0872 servicios profesionales para la elaboración de informe semestral de eventos de notificación obligatoria (enos) y vigilancia de infección por nuevo virus covid 19 **2.2.2.** Apoyar la elaboración de los proyectos de adición presupuestal, reducciones y traslados presupuestales que requiere la secretaria de salud del municipio de Armenia Para el periodo informado se realizaron las siguientes actividades:

	• Solicitud traslado presupuestal proyectos de inversión Nro. SS-PSS-DP-1768 POR VALOR DE $110.000.000 • Solicitud traslado presupuestal proyectos de inversión Nro. SS-PSS-DP-1791 POR VALOR DE $190.000.000 **2.2.3.** Brindar apoyo en la presentación de los informes requeridos al área financiera de la secretaria de salud municipal por los diferentes entes del orden Municipal, Departamental y Nacional. • Apoyo en recepción de documentos para la contraloría, informe SIRECI, el cual se entregó con plazo hasta el 21 de febrero **2.2.4.** Mantener actualizado el archivo de los documentos generados de su actividad contractual • Los documentos permanecen archivados y actualizados. **2.2.5** Apoyar en las demás actividades contractuales que sean requeridas en el área financiera • Se realizaron actividades de envío, solicitud de documentos al área de hacienda, planeación, oficina jurídica • Revisión códigos, comparación para realizar informes. • Impresión y archivo de acuerdo 231, formatos SIRECI.
Evidencias de la ejecución del contrato	Los soportes respectivos reposan en el archivo de la Secretaría de Salud Municipal y la dependencia de contabilidad de la Secretaria de Hacienda del Municipio de Armenia. Se adjunta CD con la información correspondiente. Porcentaje de ejecución 25%
ESTADO DE CUENTA	
Valor Contrato	**$ 11.200.000**
Anticipo (Si lo hay)	
Valor Acta No 1	**$ 2.800.000**
Valor a pagar en la presente Acta No. __1__	**$ 2.800.000**
Saldo (Valor pendiente de pago).	**$ 8.400.000**

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL			
Entidad en donde se realiza el pago.	ASOPAGOS	**Valor total del aporte**	$161.900
No. PLANILLA	8618165827	**Salud**	$65.400
Periodo cotizado	**De: Enero 17 de 2022**	**Pensión**	$83.700
	Hasta: Enero 31 de 2022	**ARL**	$12.800
ANEXOS:			*Marque con x*
Recibo de pago de seguridad social			***X***
Copia planillas de aporte			***X***
Otros			
OBSERVACIONES:			
Firma			
Nombre	**Francelid Ramírez Bernate**		**Martha Virginia Paharo Cerón**
	Contratista		**Supervisor**



ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8618165827
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8606270723

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	FRANCELID RAMIREZ	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	41914659	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	MANZA 16 N 14	DEPARTAMENTO	QUINDIO	MUNICIPIO	ARMENIA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	FRANCELIDRAMIREZ @HOTMAIL.COM	TELÉFONO	3184353487
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2022	Mes: 01	Año: 2022	Mes: 01	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8618165827

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-41914659	59	No	No	No	63	1	Salario	RAMIREZ BERNATE FRANCELID	$1.120.000

NOVEDADES																																
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 41914659	X	2022-01-17																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 41914659	COLPENSIONES	14	$522.667	0.1600000	$83.700	$0	$0	$83.700	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 41914659	SALUD TOTAL	14	$522.667	0.1250000	$65.400	$0	0	$0	0	$0	14	$522.667	89000046 4	0.0243600	$12.800

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-41914659	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2022 - 01											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$83.700	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$83.700

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SALUD TOTAL	1	$65.400	$0	0	$0	0	$0	$65.400	0	$0	$0	$65.400	$0	0	$0	$0	$65.400	$0	$0	$65.400

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	$12.800	0	$0	$0	$12.800	0	$0	$12.800	0	$0	$0	$12.800

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	0	$0	$0
SENA	0	$0	0	$0	$0
ICBF	0	$0	0	$0	$0
ESAP	0	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$65.400
PENSIONES	1	$83.700
RIESGOS PROFESIONALES	1	$12.800
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$161.900

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

1139 PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
CORRESPONSAL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8606270723
NUMERO DE APROBACION 319996
Fecha: 23/02/2022 14:57:24
DU: 993130
NUA. TRANSACCION 1055872334
Valor $161.900,00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE TIENE SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. LINEA NACIONAL: 018000512025. ANTES DE RETIRARSE DEL PUNTO DE ATENCION VERIFIQUE REFERENCIA DE PAGO, CONVENIO, LA FECHA, HORA, TIPO Y MONTO DEL SOPORTE DE PAGO REALIZADO. SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA INFORMACION AQUI INCORPORADA O LA WISHA NO CORRESPONDE A LA INFORMACION DEL PAGO REALIZADO, INFORME DE MANERA INMEDIATA AL CAJERO LA CORRECCION REQUERIDA PARA HACER LAS CORRECCIONES A QUE HAYA LUGAR. DE LO CONTRARIO NI EFECTY NI BANCO DE OCCIDENTE S.A. ASUMIRAN LA RESPONSABILIDAD SOBRE RECLAMOS POSTERIORES.

PS Récaudador: 001506 CARRERA 18 CENTRO CLL 21 ::

Cajero: JCRID

Recibi Conforme:_____

C.C._____

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. 2022-0590

Hoy 24 de enero de 2022, se reúnen en la oficina jurídica de la Secretaría de Salud MARTHA VIRGINIA PAHARO CERON, P.U Secretaria de Salud y FRANCELID RAMIREZ BERNATE contratista, con el fin de dar inicio al contrato en referencia.

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE INFORME SEMESTRAL SONBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLES, PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS

VALOR DEL CONTRATO: ONCE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($11.200.000) MCTE

PLAZO DE EJECUCIÓN: Cuatro (04) Meses, Contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio.

CONTRATISTA: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

SUPERVISORA (E): MARTHA VIRGINIA PAHARON CERON

FECHA DE INICIO: 24 de enero de 2022

FECHA DE TERMINACIÓN: 23 de Mayo de 2022

NOTAS O CONSTANCIAS ADICIONALES:

El supervisor (a) del contrato deja constancia que previo a la suscripción de la presente acta de inicio, se cuenta con el respectivo registro presupuestal No. 2022-0632

FIRMA SUPERVISOR (E) **FIRMA CONTRATISTA**

	SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL Secretaria de Hacienda Proceso Gestión Financiera	Código: R-SH-PGF-001 Fecha: 28/09/2021 Versión: 001 Página 1 de 1

SS-PSS-DP-1163

Secretaría de Salud

Armenia, 20 de enero de 2022

Con la presente solicito registro presupuestal así:

Beneficiario: FRANCELID RAMIREZ BERNATE

C.C.o Nit. 41.914.659

Valor: $11.200.000

N° del Contrato: 2022-0590

N° Disponibilidad: 2022-0715

Plazo de Ejecución: CUATRO (4) MESES

Vigencia Futura: SI ____ NO X N° de Acuerdo N/A

Objeto de la Solicitud:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE DE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLE, PRESUPUESTALES Y FINANCIERAS

Lina María Gil Tovar
Secretaria de Salud Municipal

Proyectó y elaboró: Angie Daniela Palacio – Auxiliar Administrativa- Secretaría de Salud

MUNICIPIO DE ARMENIA

ALCALDIA MUNICIPAL DE ARMENIA
Nit.890000464-3

GESTION PRESUPUESTAL

REGISTRO PRESUPUESTAL Nro: 20220632 FECHA:20 - 01 - 2022

TERCERO : RAMIREZ BERNATE FRANCELID

Nit: 41914659 5 DOC_SOPORTE:01 CONTRATO 20220590

EL PROFESIONAL DE PRESUPUESTO DEL MUNICIPIO DE ARMENIA CERTIFICA QUE SE HA EFECTUADO REGISTRO PRESUPUESTAL PARA ATENDER COMPROMISO ASI:

DESCRIPCION DEL GASTO:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REALIZACION DE INFORME SEMESTRAL SOBRE EL PORCENTAJE EJECUCION DE PRESUPUESTO PARA GARANTIZAR LAS ACTIVIDADES CONTABLE, PRESUPUESTAL Y FINANCIERAS

CERTIFICADO No	IMPUTACION	DESCRIPCION	FUENTE FINANCIACION	VALOR
1 [illegible]	[illegible]	Servicios de la administración pública y [illegible]	[illegible] RENTAS CEDIDAS	[illegible]

SUBCUENTA OTROS GASTOS DE SALUD

Dependencia:

TOTAL REGISTRO : 11,200,000.

SALDO REGISTRO : 11,200,000 0

FIRMA LIDER GESTION PRESUPUESTAL

Elaboró

Revisó

Estado del Activo Documento:

Armenia, febrero 23 de 2022

Señores
Secretaria de Hacienda
Área Contabilidad
Municipio de Armenia

Asunto: Retención en la fuente Contrato de Prestación de Servicios **N°2022-0590**

Yo, FRANCELID RAMIREZ BERNATE, identificada con cedula de ciudadanía Numero 41.914.659 de Armenia en virtud del contrato de prestación de servicios profesionales No **2022-0590** de 2022 por un valor total de **($11.200.000),** en el cual se establece el pago por el valor de **($2.800.000)** Pesos m/cte. Por el periodo comprendido entre el **24 de enero al 23 de febrero de 2022**, bajo la gravedad de juramento la siguiente declaración.

- Que conforme a lo dispuesto en el artículo 383 del E.T., modificado el inciso primero por el artículo 42 de la ley 2010 de diciembre 27 de 2019, informo que no he contratado o vinculado por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad.

.

- De igual forma declaro que conforme a los ingresos recibidos a mi nombre, durante la vigencia fiscal 2021 Si ___ No _x_ soy declarante a título de renta.

Cordialmente;

Francelid Ramirez Bernate
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659

	AUTORIZACIÓN DESCUENTO DE ESTAMPILLAS	Código: R-SH-PGF-005
		Fecha: 28/09/2021
	Secretaria de Hacienda Municipal Proceso Gestión Financiera	Versión: 001
		Página: 1 de 1

Armenia, 23 de febrero de 2022

Señores
Secretaria de Hacienda
Municipio de Armenia

Asunto: Autorización Descuento de Estampillas

Nombre y Apellido: FRANCELID RAMIREZ BERNATE Cédula: 41.914.659

Dirección: BARRIO LA ISABELA MZ 16 NRO. 14 Teléfono: 318 435 34 87

Manifiesto, que es mi voluntad autorizar al Municipio de Armenia para que realice los respectivos descuentos por concepto de estampillas:

☐ Pro-desarrollo ■ Pro-hospital ■ Pro-cultura ■ Pro-bienestar del adulto mayor

Que se lleguen a causar con ocasión del contrato de:

☐ Prestación de Servicios Apoyo a la Gestión ■ Prestación de Servicios Profesionales

☐ Contratos de Obra ☐ Contratos de Consultoría

☐ Compra Venta y/o Suministros ☐ Proveedor

☐ Otro

Especificar cual: _____

Atentamente;

Francelid Ramirez Bernate
FRANCELID RAMIREZ BERNATE
C.C 41.914.659