DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión : 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 4187054 DE 07/11/2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2023) Hasta (30/09/2023)

1. DATOS DEL CONTRATO			
Unidad ejecutora:	**DANE X FONDANE**		
Contratista:	**DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA**		
Identificación (CC – NIT):	**1117531184**		
Objeto:	VF_MERCADO_2022_PARALELO_TH_TU_OT Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar la recolección urbana de información de la Gran Encuesta Integrada de Hogares, según la muestra asignada y mediante el medio que el DANE disponga para este fin, asegurando los niveles de calidad, cobertura y oportunidad requeridos.		
Valor del Contrato*:	**$ 20.123.961**		
Plazo:	**359 días**		
Pago Número:	**11 de 13 Por Producto**	**12 de 13**	
Valor del pago	**HONORARIOS $ 1.312.309** **TOTAL $ 1.680.642**	**TRANSPORTE URBANO $195.000** **OTROS TRANSPORTES $173.333**	
Porcentaje de ejecución física	**85 %**		
N° Registro Presupuestal y fecha	**26123 DEL 03/01/2023**		
Fecha aprobación garantía (Si aplica)	**04/11/2022**		
Modificaciones:	**N/A**		
Fecha de Inicio:	**07/11/2022**	**Fecha de Terminación:**	**05/11/2023**
Dependencia:	**GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES GEIH –MARCO 2018**		
Lugar de Ejecución	**FLORENCIA – CAQUETA**		
Supervisor – Cargo:	**ALBEYRO ORDOÑEZ** **Profesional Universitario 2044-08** **Ext. 3494**		

*Debe incluir el valor de las adiciones, si aplica.
**Debe tener en cuenta las prórrogas, si aplica.

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
1.Asistir de manera puntual a las reuniones, reinducciones y reentrenamientos requeridos sobre aspectos procedimentales, metodológicos y técnicos de la investigación con el fin de dominar los conceptos temáticos y operativos, así como mejorar el desarrollo del operativo de campo.	1. Asistí de manera puntual a las reuniones, reinducciones y reentrenamientos requeridos para el desarrollo del operativo de campo.	La evidencia reposa en el archivo de la subsede Dane Florencia, en las planillas de firmas que se tomo durante las reuniones, reinducciones y reentrenamientos durante el periodo.

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión : 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 4187054 DE 07/11/2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2023) Hasta (30/09/2023)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integranel archivo del área correspondiente)
2. Encuestar todas las personas residentes en las viviendas asignadas de los municipios de la muestra, realizando los contactos con los informantes cuantas veces sea necesario para garantizar el diligenciamiento y entrega diaria de la información con la calidad y oportunidad requerida de acuerdo con los lineamientos establecidos en el operativo.	2. Encuesté todas los personas residentes en las viviendas que me fueron asignadas de los municipios de la muestra, realizando contactos con los informantes las veces que fueron necesarias garantizando el diligenciamiento y entrega diaria de información con calidad y oportunidad.	Se realizaron todas las encuestas de las viviendas que me fueron asignadas por el supervisor y que se presentaron durante los municipios de la muestra, Se revisaron la totalidad de las encuestas en cuanto a la consistencia de las mismas y se entregaron al supervisor.
3. Realizar las revisitas que sean necesarias a las fuentes para realizar las correcciones que se le indiquen, resolver inconsistencias temáticas y para recuperar encuestas no efectivas siguiendo los lineamientos e instrumentos definidos para la recolección de la operación estadística, a fin de logar la cobertura esperada en cada municipio correspondiente de la muestra.	3. Realice todas las visitas que fueron necesarias a las fuentes que me asignaron y realice todas las correcciones que se me indico.	La información se encuentra consignada en el dispositivo móvil de captura DMC.
4.Realizar lectura textual de todas las preguntas y diligenciar completa y correctamente las respuestas en el formulario, ubicar a los informantes de los hogares cuando en el desarrollo de la encuesta se hagan cambios de tema y de capitulo, garantizar la consistencia entre las respuestas de las preguntas.	4. Realice la lectura textual de todas las preguntas y diligencie completa y correctamente las respuestas en el formulario.	El Supervisor de Campo pudo corroborar la correcta lectura y realización de todas las preguntas durante el acompañamiento que me realizo durante el periodo.
5. Informar oportunamente los inconvenientes o novedades que se presenten para la realización de las actividades y que puedan afectar el curso normal del operativo de recolección haciendo uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE. En todo caso el supervisor contractual tomara las medidas necesarias para el reconocimiento de los pagos con ocasión de circunstancias ajenas a las partes que imposibiliten la obtención del 100% de los productos.	5. Informe a la supervisión en campo los inconvenientes que se me presentaron para la realización de mi trabajo, logrando oportunamente dar solución y obteniendo el 100% de mis productos asignados.	Ante las inquietudes de acudió al supervisor de campo quien orienta el protocolo a seguir en cada evento presentado.

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión : 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 4187054 DE 07/11/2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2023) Hasta (30/09/2023)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO		
Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integran el archivo del área correspondiente)
6. Guardar permanentemente la información capturada y realizar copia de seguridad según los lineamientos de la operación estadística y entregar las encuestas completas con calidad y oportunidad requerida según se indica en los manuales de la operación estadística.	6. Guarde permanentemente la información capturada y realice las copias de seguridad que fueron necesarias, según los lineamientos de la operación estadística.	Se puede evidenciar en las copias de respaldo en la DMC que tiene el apoyo de sistemas.
7.Presentar los reportes e informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas con calidad de acuerdo con la metodología de la operación estadística.	7. Presente los reportes e informes parciales y finales requeridos por el encargado de ejercer el control y vigilancia sobre las actividades desarrolladas con calidad.	Informe consignado en cuaderno personal entregado al supervisor de campo y coordinador de campo.
8. Realizar y apoyar las actividades de recuento y sensibilización en caso de que se requiera, teniendo en cuenta las normas que se señalan en la documentación del operativo.	8. Apoyé con la realización de recuento y sensibilización a las unidades de vivienda en los segmentos cuando se requirió, teniendo encuenta las normas que se señalan sin omitir unidades, manzanas o áreas, aplicando el formato diseñado para tal fin.	Formato de recuento de unidades estadísticas y de sensibilización, reposan en el archivo físico de la investigación.
9. Realizar en caso de que aplique, la georreferenciación automática y manual de cada una de las unidades estadísticas conforme a lo definido en el proceso de recolección de datos teniendo en cuenta la precisión mínima establecida.	9. Realice las georreferenciación automática y manual de cada una de las unidades estadísticas conforme a lo definido en el proceso de recolección de datos teniendo en cuenta la precisión mínima establecida.	Carpeta de muestras, reposan en el archivo físico y backup en el computador del equipo de apoyo informático de la investigación
10. Utilizar lenguaje neutral e incluyente tanto en la lectura del formulario, como en su trato con las personas informantes; y evitando reforzar prejuicios y estereotipos de genero tales como jerarquías al interior del hogar.	10. Utilice lenguaje neutral e incluyente durante la lectura del formulario y en el trato con las personas informante.	El Supervisor de Campo pudo corroborar la utilización del lenguaje neutral e incluyente durante los acompañamientos que me realizo durante el periodo
11. Dar buen manejo a los recursos financieros que se le asignen durante la ejecución del operativo.	11. Di buen manejo a los recursos financieros que se me asignaron durante la ejecución del operativo	Carpeta de muestras, reposan en el archivo físico y backup en el computador del equipo de apoyo informático de la investigación.

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión : 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 4187054 DE 07/11/2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2023) Hasta (30/09/2023)

2. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

Obligación Contractual*	Actividades realizadas (Descripción cuantitativa y cualitativa de las actividades desarrolladas para cumplir la obligación contractual)	Evidencia Verificable (Referir la ubicación de los soportes sin acompañarlos físicamente, los cuales integranel archivo del área correspondiente)
12. Cumplir cabalmente con los protocolos de Bioseguridad para la Prevención de las posibles emergencias o controles sanitarios que se requieran y están establecidas por el Gobierno Nacional.	Hice uso permanente de los canales de comunicación, notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE, para informar las novedades y estar informados de manera permanente sobre las recomendaciones y decisiones que se tomen en el marco de la emergencia sanitaria.	Hice uso permanente de loscanales de comunicación,notificación y acompañamiento dispuestos por el DANE.
13. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual designadas por el supervisor del contrato.	13. Desarrolle las demás actividades relacionadas con mi objeto contractual las cuales fueron designadas por el supervisor del contrato.	Información requerida, suministrada vía correo electrónico.

* Relaciones las actividades como se describen en el contrato.

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

ITEM	ENTIDAD	
SALUD	NUEVA EPS	Planilla 4513556350 de 17/08/2023
PENSIÓN	COLPENSIONES	Planilla 4513556350 de 17/08/2023
ARL	SURA	Planilla 4513556350 de 17/08/2023

4. DATOS DEL CONTRATO (Sólo para el último informe)

Valor inicial	
Valor total (Incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

¿LE HAN RECONOCIDO PENSION?	**SI____NO _X___ Entidad que la reconoció:**	
¿PERTENECE A ALGUN REGIMEN ESPECIAL?	**SI_____NO_X____**	**¿CUAL?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMLV)	**SI_____ NO_X____**	

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	**FORMATO UNICO DE INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO**	CÓDIGO: GCO-050-PDT-001-f-002 **Versión : 7**
	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 4187054 DE 07/11/2022	**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/09/2023) Hasta (30/09/2023)

6. ESTADO ORFEO

Una vez revisado ORFEO a cargo del contratista, se identificó que SI__NO_X_ se encuentran radicados pendientes a la fecha, para el periodo objeto del presente informe.

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia en el área.
Para el informe final se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente con la firma de la dependencia responsable de Orfeo.

7. ALMACEN (Sólo para el último informe)

Anexar Paz y Salvo Grupo Almacén e Inventarios SI__NO__

8. OBSERVACIONES (Para ser diligenciado por supervisor, sí aplica)

Teniendo en cuenta que a partir del mes de octubre de 2018 de conformidad con lo señalado en el decreto 1273 de 2018, el pago de cotizaciones al sistema de seguridad social integrada de los trabajadores independientes se efectúa mes vencido de acuerdo con las fechas establecidas en el decreto 1990 de 2016, sin que ello signifique cesa la obligación que tiene el contratista con los sistemas de salud, ARL, pensiones y aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, cuando ello haya lugar por tanto el pago de aportes al sistema de seguridad social integral, correspondientes al último periodo de ejecución del contrato, será responsabilidad del contratista, así como los intereses moratorios a que hubiere lugar. (Artículo 3, 2, 7, 4 decreto 1273 de 2018. Omisión del deber de retención del giro de los aportes).

9. DECLARACIÓN ESPECIAL

El contratista declara que toda la información relacionada en el presente informe, corresponde fidedignamente a todas las actividades ejecutadas dentro del respectivo periodo, así como la información de las Entidades a las que aporta al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI. Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad del contratista.

La supervisión verificó el cumplimiento de las actividades a cargo del contratista y toda la información registrada en el presente documento, así como también certifica que todos los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha están publicados en el SECOP.

Fecha de elaboración:02/10/2023

Para constancia se firma por quienes en ella intervinieron el segundo día (02) del mes de Octubre del 2023.

DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA

Vo. Bo. ALBEYRO ORDOÑEZ

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1117531184
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA
CIUDAD/MUNICIPIO	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CARRERA	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de los hogares individuales como empl
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			4513556350	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			0995484175

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 0	$ 185.600

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100
SUBTOTALES:									$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1117531184	LLANOS OSPINA DERYI VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	111753118	$ 6.100

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 336.700

1260

Alsa Yureo Ochoa

RELACION POR CONCEPTO DE TRANSPORTE URBANO DE: **INVESTIGACION: GEIHP**

PERIODO DE FECHA	**BARRIOS**	**VEHICULO**
Fecha de inicio		
DIA: 02 MES: 09 AÑO: 2023	LAS PALMERAS,MALVINAS, LA FLORIDA	MOTO
Hasta fecha final de	LA VICTORIA, CUNDUY,PRADOS DEL NORTE	MOTO
DIA: 26 MES: 09 AÑO: 2023	LOS ANGELES,PIEDRAHITA	MOTO
VALOR DEL COSTO DEL PERIODO DE LA FECHA:	**$195.000**	

CONTRATISTA

SUPERVISOR DEL CONTRATO

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	OTROS SERVICIOS DE TRANSPORTE Y/O SERVICIOS ESPECIALES	Código: PES-010-PD-001-r-003 Versión: 05

DATOS DEL FUNCIONARIO/A O CONTRATISTA

Sede, Subsede u Oficina:	Florencia	Fecha del Servicio:	30	9	2023

Nombre Completo: DERYI VIVIANA LLANOS OSPINA — Número de Identificación: 1117531184

Cargo o N° Contrato: ENCUESTADORA URBANA

DATOS DEL SERVICIO DE TRANSPORTE Y/O ESPECIAL

NOMBRE DEL PROYECTO / INVESTIGACIÓN	TIPO DE TRANSPORTE				
GEIH	URBANO	X	RURAL		

SERVICIO DE TRANSPORTE UTILIZADO

Guía: [ ] Caballo: [ ] Moto: [X] Colectivo: [ ] Contrato o Resolución: _____

Canoa: [ ] Lancha: [ ] Automóvil: [ ] Otro, Cual: _____

INDIQUE MUNICIPIO, VEREDA O BARRIO

ORIGEN		DESTINO	
VEREDA/ BARRIO:		VEREDA/ BARRIO:	NUEVA COLOMBIA,ALPES, LA PAZ, PINOS ,BERLIN
CIUDAD O MUNICIPIO	FLORENCIA	CIUDAD O MUNICIPIO	FLORENCIA
DEPARTAMENTO	CAQUETA	DEPARTAMENTO	CAQUETA
Hora de Inicio:	Hora Final:	Valor del Servicio:	$ 173.333

Distancia Aproximada en Kilómetros: _____

Observaciones: _____

DATOS DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO

Nombre Empresa o Persona:	Cédula o NIT:	Teléfono:
Alvaro Andres Cestaro L	1117524273	3112712050
Dirección: Cra 3 # 15 a 10		Correo Electrónico:

Firma Quien Presta el Servicio — Firma de Funcionario/a o Contratista — Firma Encargado/a Supervisión del Contrato o Jefe/a Inmediato

DANE INFORMACIÓN PARA TODOS	OTROS SERVICIOS DE TRANSPORTE Y/O SERVICIOS ESPECIALES	Código: PES-010-PD-001-r-003 Versión: 05

DATOS DEL FUNCIONARIO/A O CONTRATISTA

Sede, Subsede u Oficina:		Fecha del Servicio:	30	9	2023

Nombre Completo: — Número de Identificación:

Cargo o N° Contrato:

DATOS DEL SERVICIO DE TRANSPORTE Y/O ESPECIAL

NOMBRE DEL PROYECTO / INVESTIGACIÓN	TIPO DE TRANSPORTE				
	URBANO		RURAL		

SERVICIO DE TRANSPORTE UTILIZADO

Guía: [ ] Caballo: [ ] Moto: [ ] Colectivo: [ ] Contrato o Resolución: _____

Canoa: [ ] Lancha: [ ] Automóvil: [ ] Otro, Cual: _____

INDIQUE MUNICIPIO, VEREDA O BARRIO

ORIGEN		DESTINO	
VEREDA/ BARRIO:		VEREDA/ BARRIO:	
CIUDAD O MUNICIPIO		CIUDAD O MUNICIPIO	
DEPARTAMENTO		DEPARTAMENTO	
Hora de Inicio:	Hora Final:	Valor del Servicio:	$

Distancia Aproximada en Kilómetros: _____

Observaciones: _____

DATOS DE QUIEN PRESTA EL SERVICIO

Nombre Empresa o Persona:	Cédula o NIT:	Teléfono:
Dirección:		Correo Electrónico:

Firma Quien Presta el Servicio — Firma del Funcionario/a o Contratista — Firma del Encargado/a de la Supervisión del Contrato