

|  |                                                                                 |  |  |  |  |  |                  |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------------|--|
|  | 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: Pública ☒ Reservada ☐ Clasificada ☐

Fecha de aprobación: 24/01/2024

|                                 |  |                   |  |           |  |             |  |                                                    |  |
|---------------------------------|--|-------------------|--|-----------|--|-------------|--|----------------------------------------------------|--|
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA     |  |                   |  |           |  |             |  |                                                    |  |
| APELLIDOS                       |  | GUTIERREZ RAMIREZ |  |           |  |             |  |                                                    |  |
| NOMBRES                         |  | DIANA MARIA       |  |           |  |             |  |                                                    |  |
| CÉDULA                          |  | 1.098.803.066     |  |           |  |             |  |                                                    |  |
| CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO |  | BUCARAMANGA       |  | UBICACIÓN |  | DEPENDENCIA |  | GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO |  |

|                                  |  |                         |  |             |  |                  |  |                     |  |
|----------------------------------|--|-------------------------|--|-------------|--|------------------|--|---------------------|--|
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO |  |                         |  |             |  |                  |  |                     |  |
| CONTRATO N°                      |  | 3.609                   |  | VALOR TOTAL |  | \$ 25.005.200,00 |  | CDP 6224 RP 1519424 |  |
| VIGENCIA                         |  | 2.024                   |  | DESDE       |  | 17 SEP 2.024     |  | HASTA 31 DIC 2.024  |  |
| TIPO DE CONTRATO                 |  | SERVICIOS PROFESIONALES |  |             |  |                  |  |                     |  |

|                             |  |                 |  |            |  |              |  |                    |  |
|-----------------------------|--|-----------------|--|------------|--|--------------|--|--------------------|--|
| MODIFICACIONES DEL CONTRATO |  |                 |  |            |  |              |  |                    |  |
| ¿ADICIÓN Y/O PRÓRROGA?      |  | SI              |  | DESDE      |  | 16 DIC 2.024 |  | HASTA 31 DIC 2.024 |  |
| VALOR ADICIÓN               |  | \$ 3.125.650,00 |  | 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 APOORTE A COTIZACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL \$ 2.500.520,00 |  |
| RÉGIMEN               |  | NO RESPONSABLE DE IVA |  |                |  |             |  |                                                                  |  |

|                                                    |  |                 |  |                        |  |              |  |
|----------------------------------------------------|--|-----------------|--|------------------------|--|--------------|--|
| VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO                      |  | \$ 6.251.300,00 |  | NUMERO DE FACTURA      |  | N/A          |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (RESPONSABLE DE IVA)    |  |                 |  | BASE GRAVABLE          |  | \$ -         |  |
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO (NO RESPONSABLE DE IVA) |  | \$ 6.251.300,00 |  | IVA                    |  | \$ -         |  |
| APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)                |  | \$ 400.100      |  | DATOS SEGURIDAD SOCIAL |  |              |  |
| APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)                |  | \$ 312.600      |  |                        |  |              |  |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO ARL MES ANTERIOR          |  | UNO (I)         |  | NOMBRE F. PENSIÓN      |  | COLPENSIONES |  |
| APORTES ARL (**) MES ANTERIOR                      |  | \$ 13.100       |  | NOMBRE EPS             |  | SANITAS      |  |
| APORTES FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL             |  | \$ -            |  | NOMBRE ARL             |  | POSITIVA     |  |

|                       |  |   |  |
|-----------------------|--|---|--|
| NÚMERO DE ACTIVIDADES |  | 2 |  |
|-----------------------|--|---|--|

|                                                                                                                                  |  |  |         |  |                 |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|--|-----------------|--|
| ACTIVIDAD                                                                                                                        |  |  | %       |  | VALOR           |  |
| C-1705-1100-6-101068-1705021-02 Realizar el alistamiento, caracterización o compra de predio para el cumplimiento de las ordenes |  |  | 80,00%  |  | \$ 5.001.040,00 |  |
| C-1705-1100-6-101068-1705021-02 Realizar entrega jurídica y material de los predios para el cumplimiento de la orden             |  |  | 20,00%  |  | \$ 1.250.260,00 |  |
| TOTALES                                                                                                                          |  |  | 100,00% |  | \$ 6.251.300,00 |  |

|                 |  |             |  |      |  |         |  |         |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|------|--|---------|--|---------|--|-------------|--|
| DATOS BANCARIOS |  |             |  |      |  |         |  |         |  |             |  |
| BANCO           |  | BANCOLOMBIA |  | TIPO |  | AHORROS |  | No. CTA |  | 79555397599 |  |

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: DIANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |        |  |                                 |  |             |  |              |  |                                        |  |                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--|---------------------------------|--|-------------|--|--------------|--|----------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| 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 CERTIFICACIÓN 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. |  |        |  |                                 |  |             |  |              |  |                                        |  |                                                    |  |
| N° DE SUPERVISORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | NOMBRE |  | ANGELITH SHIRLEY NUÑEZ GONZALEZ |  | CARGO / ROL |  | COORDINADORA |  | DEPENDENCIA                            |  | GRUPO FONDO DE RESTITUCION DE TIERRAS Y TERRITORIO |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | NOMBRE |  |                                 |  | CARGO / ROL |  |              |  | DEPENDENCIA                            |  |                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |        |  |                                 |  |             |  |              |  | FIRMA: ANGELITH SHIRLEY NUÑEZ GONZALEZ |  |                                                    |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA          | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1098803066        |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | DIANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ |                                             |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BUCARAMANGA                   | DEPARTAMENTO: SANTANDER                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 146 NO. 22 - 256 APTO   | TELÉFONO: 3165779                           |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE              | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE            |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades jurídicas. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |                                             |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | NO                                          |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                                    |
|--------------------------------|----------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7945486699     | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2024      | SALUD: AÑO: 2024                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0              |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2024/11/12     | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1043421179    |

| NOVEDADES             |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
|-----------------------|--------|-----|-----------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|-----|
| ING                   | RET    | TDE | TAE                                     | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP        | VCT          | IRP |
|                       |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
|                       |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | TOTALES    |              |     |
|                       |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |     |
| PENSIÓN               |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| ADMINISTRADORA        |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NOMBRE                |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NIT                   | CÓDIGO |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| 900336004             | 25-14  |     | 25-14 COLPENSIONES                      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 400.100   |     |
| SUBTOTAL:             |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 400.100   |     |
| SALUD                 |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| ADMINISTRADORA        |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NOMBRE                |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NIT                   | CÓDIGO |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| 800251440             | EPS005 |     | EPS005-SANITAS S.A.                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 312.600   |     |
| SUBTOTAL:             |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 312.600   |     |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| ADMINISTRADORA        |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NOMBRE                |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| NIT                   | CÓDIGO |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |     |
| 860011153             | 14-23  |     | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 13.100    |     |
| SUBTOTAL:             |        |     |                                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1          | \$ 13.100    |     |

VB. DICIEMBRE 12 DE 2024

*[Signature]* Carmen Ramírez

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 725.800 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 725.800 |



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que DIANA MARIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1098803066, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DIANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ con documento CC 1098803066, como se detalla a continuación:

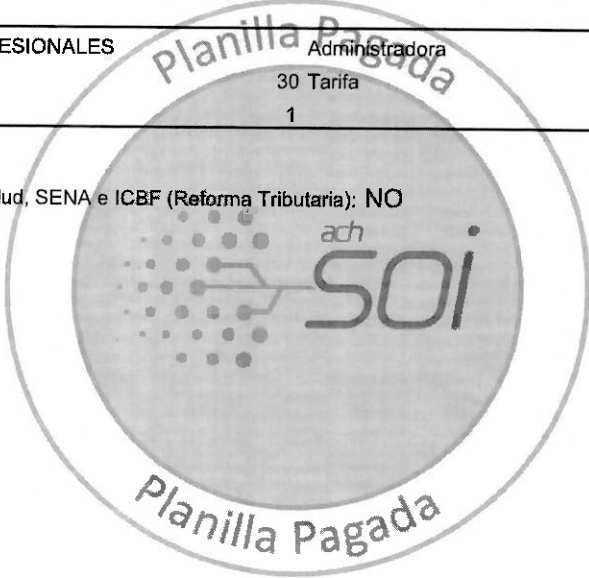
| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                          |                  |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| Número de Planilla             | 7945486699     | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros         | NOVIEMBRE/2024 | Periodo Cotización Salud | NOVIEMBRE/2024   |
| Fecha Pago                     | 2024/11/12     | Número de Autorización   | 1043421179       |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |        |                |                    |
|---------------------------------------|--------|----------------|--------------------|
| PENSIÓN                               |        | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 30     | Tarifa         | 16,000 %           |
| Indicador tarifa especial             | Normal |                |                    |

|       |    |                |                       |
|-------|----|----------------|-----------------------|
| SALUD |    | Administradora | EPS005 - SANITAS S.A. |
| Días  | 30 | Tarifa         | 12,500 %              |

|                       |    |                |                              |
|-----------------------|----|----------------|------------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |    | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 30 | Tarifa         | 0,522 %                      |
| Clase de Riesgo       | 1  |                |                              |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



*[Handwritten signature]*



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que DIANA MARIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 1098803066, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DIANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ con documento CC 1098803066, como se detalla a continuación:

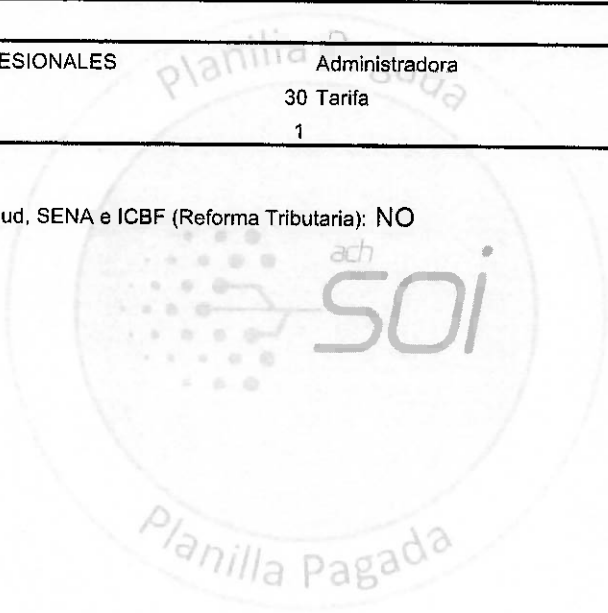
| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                |                          |                  |
|--------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| Número de Planilla             | 7945486699     | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros         | NOVIEMBRE/2024 | Periodo Cotización Salud | NOVIEMBRE/2024   |
| Fecha Pago                     | 2024/11/12     | Número de Autorización   | 1043421179       |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |           |                |                    |
|---------------------------------------|-----------|----------------|--------------------|
| PENSIÓN                               |           | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días                                  | 30 Tarifa |                | 16,000 %           |
| Indicador tarifa especial             | Normal    |                |                    |

|       |           |                |                       |
|-------|-----------|----------------|-----------------------|
| SALUD |           | Administradora | EPS005 - SANITAS S.A. |
| Días  | 30 Tarifa |                | 12,500 %              |

|                       |           |                |                              |
|-----------------------|-----------|----------------|------------------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES |           | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días                  | 30 Tarifa |                | 0,522 %                      |
| Clase de Riesgo       | 1         |                |                              |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO



*Handwritten signature and date 13/12/24*

| REGISTRO DE ENTRADA       |      |    |    |
|---------------------------|------|----|----|
| ANO                       | MESE | DA | Nº |
|                           |      |    |    |
| Nº: Número de Transmisión |      |    |    |

| Código TRD |      | NOMBRE DE LA<br>SERIE O<br>SUBSERIE O<br>ASUNTOS | NOMBRE DE LA<br>UNIDAD<br>DOCUMENTAL | NÚMERO Y<br>VIGENCIA<br>CONTRATO/<br>SENTENCIA/<br>PROCESO | CÉDULA O NIT | Fechas Extremas<br>(DD-MM-AAAA) |    |      |    | SOPORTE O<br>FORMATO |      | FÍSICO<br>PAPEL |             | UNIDAD DE CONSERVACIÓN |                          |                             |                     |      |          | ELECTRÓNICO                  |              | EXPEDIENTES MISIONALES |        |           |                                           |                                                         |              | FECHA DE<br>ENTREGA<br>(DD-MM-AAAA) | FUNCIONARIO<br>O<br>CONTRATISTA<br>RESPONSABLE<br>DE LA<br>ENTREGA | NOTAS |                                    |                         |                                    |                            |
|------------|------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|----|------|----|----------------------|------|-----------------|-------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------|------|----------|------------------------------|--------------|------------------------|--------|-----------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|----------------------------|
|            |      |                                                  |                                      |                                                            |              | DD                              | MM | AAAA | DD | MM                   | AAAA | Físico          | Electrónico | Caja                   | Correlativo de<br>página | Tomos/<br>Legajo<br>/ Libro | Número<br>de folios | Tipo | Cantidad | No.<br>Folios/Útil<br>cación | Consecutivos | Tom<br>o<br>Gaye       | Mueble | Ubicación | Cantidad de<br>documentos<br>electrónicos | Tamaño de los<br>documentos<br>electrónicos<br>(Mg/ Gb) | Departamento |                                     |                                                                    |       | Número<br>copia<br>del<br>original | Vereda<br>del<br>Predio | ID<br>Acumulado                    | ID de<br>los<br>documentos |
| 1          | 1558 | N/A                                              | DIANA MARIA<br>GUTIERREZ RUMIREZ     | CTO 3809-<br>2024                                          | 1088403806   | 17                              | 09 | 2024 | 31 | 12                   | 2024 | N/A             | Físico      | N/A                    | N/A                      | N/A                         | N/A                 | N/A  | N/A      | N/A                          | N/A          | N/A                    | 133 MB | 37        | ARCHIVOS                                  | N/A                                                     | N/A          | N/A                                 | N/A                                                                | 30    | 12                                 | 2024                    | DANA MARIA<br>GUTIERREZ<br>RUMIREZ |                            |

|                                                                   |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaborado por:                                                    | DANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ                                                        |
| Nombre y apellidos:                                               | DANA MARIA GUTIERREZ RAMIREZ                                                        |
| Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligenciar Correlativo): | Contratista                                                                         |
| Firma:                                                            |  |
| Lugar:                                                            | Bogotá                                                                              |
| Fecha:                                                            | 30/12/2024                                                                          |

|                                                                   |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Entregado por:                                                    | ANGELITH SHIRLEY NÚÑEZ GONZÁLEZ                                                      |
| Nombre y apellidos:                                               | ANGELITH SHIRLEY NÚÑEZ GONZÁLEZ                                                      |
| Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligenciar Correlativo): | SUPERVISOR                                                                           |
| Firma:                                                            |  |
| Lugar:                                                            | Bogotá                                                                               |
| Fecha:                                                            | 30/12/2024                                                                           |

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| Recibido por:                                                     |  |
| Nombre y apellidos:                                               |  |
| Cargo o Rol (en caso de ser contratista diligenciar Correlativo): |  |
| Firma:                                                            |  |
| Lugar:                                                            |  |
| Fecha:                                                            |  |

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 Estratégica.

Sistema de Viaticos y Comisiones

SIVICO: InicioApoyosOpciones

Bienvenido Diana Maria Gutierrez Ramirez Bucaramanga

Salir

Nueva comision

- Convenciones (si la acción no aplica según el estado de la comisión aparecerá deshabilitada)
- \* Ver: En esta opción puede revisar los datos de la comisión al igual que modificar, tramitar o eliminar la misma
  - \* Editar: proceso mediante el cual se puede modificar o eliminar los datos de la solicitud
  - \* Legalizar: proceso mediante el cual se envía la documentación que soporta la ejecución de la comisión para su legalización
  - \* Cancelar: proceso mediante el cual se para y termina el proceso de solicitud de comisión
  - \* Prorrogar: proceso mediante el cual se solicita adicionar días a la comisión en curso, solo es posible solicitarla dentro de la comisión máximo un día antes de la terminación

