	PROCESO	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-PT-006
			VERSIÓN	16
	FORMATO	CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN E INTERVENTORÍA PARA PAGOS	PÁGINA	1 DE 1
			VIGENTE DESDE	07/12/2022

1. IDENTIFICACIÓN

CONTRATO DE	PRESTACIÓN DE SERVICIOS						Nº	20242863	
OBJETO CONTRACTUAL	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA COMO ENFERMERO(A) JEFE GENERAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS QUE ADELANTA EL COMPONENTE DE SALUD								
CONTRATISTA	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE						CÉDULA O NIT	1.118.806.734	
CONTRATISTA CESIONARIO							CÉDULA O NIT		
PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	FECHA DE INICIO			FECHA DE TERMINACIÓN (tenga en cuenta prórrogas y suspensiones)			CÓDIGO ACTIVIDAD		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	RUT	RIT	
	26	NOVIEMBRE	2024	25	ENERO	2025	8299	8299	
RÉGIMEN CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	☑ NO RESPONSABLE DE IVA ☐ GRAN CONTRIBUYENTE			☐ RESPONSABLE DE IVA ☐ AUTORRETENEDOR			☐ OTRO ☐ N.A		

2. DATOS PARA EL PAGO

	CONTRATO				ADICIÓN (Si la hubiere)		ADICIÓN (Si la hubiere)	
VALOR TOTAL	$ 6.749.506							
IVA TOTAL INCLUIDO	$ 0							
REGISTRO PRESUPUESTAL	Número:	2024004549	Fecha:	21/11/2024	Número:		Número:	
					Fecha:		Fecha:	
RUBRO PRESUPUESTAL	623011741020037							
CONCEPTO DEL RUBRO	*Prevención, Atención y Protección Integral a Niñez, Adolescencia y Juventud en forma de exclusión extrema asociados al fenómeno de habitabilidad en calle Bogotá D.C*							
VALOR DEL PAGO A AFECTAR	$ 2.812.294							

NÚMERO DEL PAGO	3 ULTIMO PAGO	PERIODO DEL PAGO	DEL 1 AL 25 DE ENERO 2025
VALOR CONTRATO EJECUTADO	$ 6.749.506	PAC PROGRAMADO PARA	FEBRERO
SALDO DEL CONTRATO	$ 0	VALOR	$ 2.812.294
FACTURAS No	N/A		
SE ACOGE A LA DISMINUCIÓN BASE GRAV	☐ SÍ ☑ NO ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN	TIENE EMPLEADOS A CARGO	☐ SÍ ☐ ANEXA CERTIFICACIÓN ☑ NO
FORMA DE PAGO	El valor del presente contrato, se cancelará en periodos fijos, mensualidades vencidas, o proporcional al tiempo de servicio prestado en el mes, con corte al día 30 de cada mes, valor que se pagará dentro de los 10 días hábiles siguientes al corte del mes, los cuales serán contados a partir de la radicación en el área de contabilidad. El valor mensual es la suma de: TRES MILLONES TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS. MCTE ($3374753), la cual se hará efectiva previa presentación del informe de actividades del periodo correspondiente, certificación para pago, de supervisión e interventoria expedida por el supervisor del contrato y acreditación del pago de aporte al SGSS para el régimen contributivo.		

3. DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO

NÚMERO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE	VALOR
PM/0214/0102/4102052003737	Servicio de prevención, atención y protección integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de vida en calle o alta permanencia en calle	85,39%	$ 2.401.418
PM/0214/0106/4102045003737	Servicio de prevención y atención integral a niñas, niños y adolescentes víctimas o en riesgo de explotación sexual comercial (escnna)	13,79%	$ 387.815
PM/0214/0107/4102038003737	Servicio de prevención y atención sociolegal a niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley	0,82%	$ 23.061
TOTAL		100,0%	$ 2.812.294

4. DISTRIBUCION DEL GASTO

CENTRO DE COSTO	AUXILIAR	NOMBRE DEL AUXILIAR	VALOR
63077551	460209	SALUD	$ 2.812.294

* EN CASO DE REQUERIR MÁS FILAS PARA RUBROS PRESUPUESTALES Y SU VALOR, AL IGUAL QUE DISTRIBUCIÓN POR CONCEPTO DE GASTO SE PUEDE AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITE

** EN CASO DE REQUERIR MAS COLUMNAS PARA LA SECCIÓN DE ADICIONES, SE PUEDEN AÑADIR TANTAS COMO SE NECESITEN, DIVIDENDO LA COLUMNA "ADICIÓN" LAS VECES QUE SEAN NECESARIAS

5. DETALLE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL Y OTROS PARA DISMINUCIÓN DE BASE GRAVABLE (APLICA SOLO A CONTRATISTAS)

PENSIÓN		SALUD		ARL	DEPENDIENTE	OTROS	
ENTIDAD	VALOR	ENTIDAD	VALOR	POSITIVA		NOMBRE	VALOR
PORVENIR	$ 216.000	COMPENSAR	$ 168.800	$ 32.900	SI __ NO X	-	-

Certifico que el contratista en mención, cumplió a cabalidad con el objeto del contrato en los términos pactados con el IDIPRON para el periodo relacionado, en el que se verificó que el contratista se encuentra al día en los pagos de Aportes al Sistema de Seguridad Social y/o Parafiscales. El informe y los documentos soportes se radicarán en la Gerencia de Contratación quien será la responsable de su custodia. En consecuencia se puede tramitar el pago correspondiente.

Expedido en Bogotá D.C., el día 3 del mes de FEBRERO del año 2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (en caso de aplicar)
FIRMA 	FIRMA
NOMBRE: ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ	NOMBRE:
CC 63.477.220 TELF 3779997 Ext 3016	CC TELF
CARGO PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 05	CARGO

Vr. 01; 15/09/2021

Powered by CamScanner

CONTRATO No. 2440 - 2024
INFORME No. 4
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 DE ENERO -Y EL 21 DE ENERO DEL 2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA CLAUDIA MILENA SANTANA FIGUEROA
SUPERVISOR DEL CONTRATO: ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 219, GRADO 05

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATUAL			
No.	**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**	**ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS**	**SOPORTES (Describa las evidencias de las actividades realizadas y sitio de conservación de la información)**
1	Seguimiento, direccionamiento, evaluación y mejoramiento de las actividades desarrolladas por el equipo de auxiliares de enfermería.	Se realizan visitas a las unidades, revisando las actividades que se deben desarrollar por parte de los auxiliares de enfermería, al igual se realiza revisión y verificación de las obligaciones de los auxiliares de enfermería en el mes de diciembre esto se realiza en compañía de la enfermera que ingresa al componente.	1. PDF acta de visita a las unidades
2	Proyectar y brindar insumos en la elaboración y presentación oportuna de los informes que le sean solicitados por el componente de salud.	Se participó en la planeación del plan de trabajo por parte del equipo del componente de salud para el mes de diciembre.	2. PDF Informe del equipo promoción y bienestar
3	Participar en los comités, mesas internas y externas y reuniones que se le deleguen por el componente de salud que le sean asignados.	Participación en reuniones convocadas por el componente de salud, y actividades que correspondes a mesa misional para el mes de diciembre, al igual que el empalme entre unidades.	3. PDF de asistencia a reuniones
4	Apoyar en el proceso de habilitación, formatos, capacitaciones al personal de salud y utilización de las instalaciones o espacios de atención primaria, acorde a los lineamientos establecidos por la institución.	Durante este mes no se realizaron capacitaciones por inducción dada a la enfermera que ingreso al componente.	No aplica
5	Participar en los procesos internos y externos en el cual hace presencia el instituto en el desarrollo de las actividades que se requieren en la promoción y detención temprana de la enfermedad, motivando al equipo de trabajo y NNAJ	Se realizaron los cronogramas para el mes de diciembre.	5. PDF. Fotos de los cronogramas.
6	Prestar servicios profesionales como Enfermero(a) de acuerdo con la programación del componente de salud.	Durante este mes no se realizaron capacitaciones por inducción dada a la enfermera que ingreso al componente.	No aplica
7	Apoyar en el seguimiento de la recepción y control del inventario de los equipos, elementos y bienes devolutivos, de consumo, consumo controlado, necesarios para el desarrollo de las actividades que se realizan en las Unidades de Protección Integral.	Durante el desarrollo de las visitas se realiza control del inventario de los equipos e insumos de cada una de las unidades.	7. PDF Capturas de actas donde se evidencia el control de inventarios.
8	Apoyar con el registro oportuno de la información. y verificación del registro oportuno en el Sistema de Información Misional- SIMI.	Verificación durante las visitas del registro oportuno en la plataforma	8. PDF Capturas de actas donde se evidencia el cargue a SIMI.

		misional SIMI por parte del personal asignado.	
9	Apoyar la recepción, organización y custodia del archivo misional y documental a su cargo, acorde al procedimiento institucional.	Se realiza verificación de la manera correcta de los registros en SIMI, de cada uno de los auxiliares durante las visitas y también en la revisión mensual para el mes de diciembre.	9. Memorando De Entrega De Archivo
10	Apoyar en la supervisión de los contratos que le sean asignados por el supervisor."	Se realiza revisión de las obligaciones de los auxiliares de enfermería asignados para el mes de diciembre.	10. PDF. Actas de revisión mes de diciembre.

*** Incluir todas las filas que se requieran**

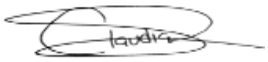
Nota: El supervisor del contrato entiende que con la Aceptación del presente formato resulta improcedente aplicar el incumplimiento que trata el artículo 86 de la ley 1474 de 2011 y demás que le modifiquen, en relación con las actividades aquí detalladas.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

El Interventor o Supervisor hace constar que las obligaciones se cumplieron conforme a lo estipulado en el contrato, y que se adoptaron las observaciones y recomendaciones realizadas. Así mismo certifico que el contratista cumplió con los requisitos de Ley referentes a los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.

APORTES	Valor Cotizado	Periodo cotizado
SALUD	$168.000	DICIEMBRE
PENSIÓN	$216.000	DICIEMBRE
ARP	$32.900	DICIEMBRE

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: 26 de ENERO del 2024

	
Supervisor **ELIZABETH DIAZ** **MENDIVELSO PROFESIONAL UNIVERSITARIO** **CÓDIGO 219, GRADO 05**	**CLAUDIA MILENA SANTANA FIGUEROA** **CC. No 52967120**

Nombre apoyo a la Supervisión: N/A
Cargo: N/A
Vo Bo Apoyo a la supervisión N/A

VoBo Líder Salud: PABLO MATALLANA Cto Componente de Salud
Anexo:
*Certificación e información para pago expedida por el Supervisor.
*Certificación Pagos Seguridad Social
*Certificación de descuento.

NOTA:

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HA ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIAR LAS CASILLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL FORMATO, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS EN TODO EL DOCUMENTO.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-11, 08:49:40 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068802900

Periodo Cotización 202412 **Periodo Servicio** 202412

Cliente:

PAGADA 2024-12-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE				
Documento	CC 1118806734	**Dirección**	CL 58A SUR #49 A - 09		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3145755607		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1118806734		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ARREGOCES MAESTRE YEINIS CECILIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 2.400.000	230301		16 %	$ 2.400.000	$ 384.000	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 2.400.000	$ 300.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 2.400.000	$ 58.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 384.000	$ 0	$ 0	$ 300.000	$ 58.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 742.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-12, 09:07:08 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1069825369

Periodo Cotización 202501 **Periodo Servicio** 202501

Cliente:

PAGADA 2025-01-23

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE				
Documento	CC 1118806734	**Dirección**	CL 58A SUR #49 A - 09		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3145755607		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1118806734		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ARREGOCES MAESTRE YEINIS CECILIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.599.228	230301		16 %	$ 1.599.228	$ 255.900	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.599.228	$ 200.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.599.228	$ 39.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 255.900	$ 0	$ 0	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 494.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud	GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO	A-GCO-FT-005
		VERSIÓN	06
	CERTIFICACIÓN FINAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO	PÁGINA	1 de 2
		VIGENTE DESDE	04/10/2022

EL SUSCRITO SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DEL CONTRATO No 2863/2024 DE 19/11/2024

CERTIFICA:

Que el **INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD - IDIPRON y YEINIS CECILIA ARREGOCES MAESTRE,** suscribieron el **contrato No 2863/2024 DE 19/11/2024,** cuyo objeto es: "PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES CON AUTONOMIA,TECNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA COMO ENFERMERO/A JEFE GENERAL EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y OPERATIVAS QUE ADELANTA EL COMPONENTE DE SALUD, para ser ejecutado en un plazo de **DOS (02) MESES** por valor de **$6.749.506 SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MTCE.**

Que el contrato inició su ejecución el **26/11/2024**

Que las partes suscribieron las siguientes modificaciones contractuales:

Adición No N/A

Prórroga No N/A

Suspensión, modificación, cesión No. N/A

Que el valor total del contrato es por la suma de **$6.749.506 SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MTCE.**

Que el valor final del contrato es por la suma **$6.749.506 SEIS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS PESOS MTCE.**

Que las garantías a que hubiere lugar con la suscripción del presente contrato fueron constituidas y actualizadas conforme a la fecha del acta de inicio y a las adiciones y prórrogas presentadas en marco de la ejecución del contrato.

Que el objeto y obligaciones contratadas fueron realizadas por el contratista y recibido por el **IDIPRON** a entera satisfacción.

Que durante el plazo de ejecución del contrato, el contratista acreditó el pago de sus obligaciones frente a los Sistemas de Seguridad Social Integral y Parafiscales cuando a ello hubo lugar, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002, en concordancia con la Ley 828 del 10 de julio de 2003 y demás normas complementarias.

Que el saldo a favor del contratista corresponde a los honorarios del 1 al 25 de Enero/2025, por la suma de **$2.812.294 DOS MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS MTCE.**

Que el saldo a liberar corresponde a la suma de **$0**

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., el 03/02/2025

SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR DE CONTRATO	APOYO A LA SUPERVISIÓN DE CONTRATO (En caso de aplicar)
 _____ **FIRMA** **NOMBRE:** ELIZABETH MENDIVELSO DIAZ **CARGO:** PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 219 GRADO 05 **DEPENDENCIA: GERENCIA DE CAPACIDADES Y DERECHOS-COMPONENTE SALUD**	_____ **FIRMA** **NOMBRE:** **CARGO O No. DE CONTRATO:** **DEPENDENCIA:**

ESTE FORMATO CONTIENE LA INFORMACIÓN MÍNIMA REQUERIDA PARA CADA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS O TRÁMITES PARA LOS CUALES SE HAN ESTABLECIDO, NO SE PUEDE ELIMINAR NI PARCIAL NI TOTALMENTE LA INFORMACIÓN AQUÍ CONTENIDA; SÍ ALGÚN ESPACIO NO APLICA ESCRIBIR QUE N/A; AL DILIGENCIARLAS NO DEBEN QUEDAR ESPACIOS EN BLANCO. Y EN EL ESPACIO DE LAS FIRMAS HACE PARTE INTEGRAL DEL ACTA, RAZÓN POR LA CUAL NO DEBE QUEDAR EN UNA HOJA SEPARADA. DEBEN SER DILIGENCIADOS Y REMPLAZADOS LOS ESPACIOS MARCADOS CON GRIS Y TODO DOCUMENTO.