

 <p>Agencia Nacional de Tierras JUNTOS ABRIMOS LAS PUERTAS AL PROGRESO</p>	FORMA	RECIBIDO A SATISFACCIÓN, INFORME DE ACTIVIDADES Y ORDEN DE PAGO CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES	CÓDIGO	ADQBS-F-001
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSION	4
	PROCEDIMIENTO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	FECHA	26/01/2024

Dependencia:	SUBDIRECCION DE ASUNTOS ETNICOS		Fecha:	6/3/2025 11:27:45 AM
Pago No:	4	Total de Pagos	7	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	ERIKA PAOLA MUÑOZ VEGA		Identificación:	1061756250	Telefono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	<input checked="" type="checkbox"/>	Persona Jurídica		Correo electrónico:	erika.munozv@ant.gov.co

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	ANT-CPS-20251919	Fecha de Inicio:	04/02/2025	Plazo de Ejecucion:	31/08/2025
Periodo a pagar:	MAYO	No RP:	7625	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Bogotá D.C. (Nivel central)	Municipio:	Bogota		

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

OBJETO:	Prestar servicios profesionales para apoyar en el seguimiento, gestión y desarrollo de las actividades que se adelanten en la Subdirección de Asuntos Étnicos de la Agencia Nacional de Tierras para el cumplimiento de los objetivos misionales y/o metas relacionadas con comunidades étnicas contenidos en los proyectos de inversión 2025
---------	---

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Atender los espacios de atención con comunidades o grupos étnicos, tales como mesas, espacios de concertación y demás que se requieran en desarrollo de los procesos de formalización y seguridad jurídica de territorios, destinados a las comunidades étnicas.	Apoyo y acompañamiento espacios de reunión con comunidades afro e indígenas.	Anexo_1580836_638841835099309866.pdf
2. Brindar apoyo en la elaboración y análisis de los informes, conceptos, comunicaciones, consultas, respuestas, y demás documentos que sean coordinados con el supervisor, en relación con el objeto contractual.	De acuerdo a las solicitudes y necesidad se realizaron los informes requeridos, en relación al objeto contractual.	Anexo_1580837_638841844100430494.pdf
3. Efectuar desplazamientos a territorios para apoyar el desarrollo de las actividades en el marco de los procesos de formalización y seguridad jurídica de territorios para las comunidades étnicas.	Para este periodo no se desarrollaron desplazamientos a territorio.	
4. Acompañar en el desarrollo de las acciones encaminadas a la atención de las comunidades étnicas víctima del conflicto armado y bajo los procesos de formalización y seguridad jurídica que atiende la Subdirección de asuntos étnicos.	Apoyo en requerimientos de información solicitada sobre los procedimientos en el marco de la atención a las comunidades indígenas víctimas del conflicto armado.	Anexo_1580839_638841848900686934.pdf
5. Apoyar la articulación de la dependencia con la DAE, oficina de comunicaciones, equipo de diálogo Social y UGTS para el seguimiento, control de actividades y solicitudes que se relacionen con el desarrollo de espacios con grupos étnicos (mesas) y demás información que se requiera.	Elaboración Envío de información requerida por parte de DAE y otras dependencias.	Anexo_1580840_638841854804815421.pdf
6. Participar en las reuniones y espacios que deban atenderse con los organismos públicos y privados, relacionados con los procesos previamente coordinados con el supervisor.	Se apoyaron espacios de articulación institucional en el marco de la atención a las comunidades.	Anexo_1580841_638841864754793663.pdf
7. Apoyar el desarrollo de las actividades necesarias en el marco de implementación del plan de atención y plan de acción para el cumplimiento de metas previstas para el año 2024, gestionando la información necesaria.	Se desarrollaron actividades en el marco del fortalecimiento del plan de atención.	Anexo_1580842_638841869616683415.pdf
8. Cumplir las demás actividades relacionadas con el objeto, en coordinación con el supervisor del contrato.	Se desarrollaron actividades adicionales convocadas por SDAE.	

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR:	ERIKA PAOLA MUÑOZ VEGA
--------------------------------	------------------------

Documento Firmado Digitalmente
 El presente documento contiene
 sus efectos de conformidad con la ley



Observaciones del supervisor a las actividades ejecutadas

Observación de aprobación del VoBo (sergio.leon@ant.gov.co): YA NO SE REQUIERE CERTIFICACIÓN BANCARIA NI DECLARACIÓN JURAMENTADA "17-17-00-03 FONDO DE TIERRAS PARA DOTACIÓN A COMUNIDADES ÉTNICAS"

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de \$9,578,000.00 NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE..

Este valor deberá consignarse en la cuenta de Ahorros X Corriente , número 520122110 del banco BOGOTA.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$67,046,000.00 -
Adición No.	\$0.00 -
Valor Reducción:	\$957,800.00 -
Valor Total:	\$66,088,200.00 -

Total Pagado	\$27,776,200.00 -
Saldo Actual:	\$38,312,000.00 -


VALOR A PAGAR:	\$9,578,000.00 -
Menos este pago:	\$28,734,000.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$8,620,200.00 -	\$9,578,000.00 -	\$9,578,000.00 -
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
-	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	56.52%
---	--------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

ANEXOS			
Persona natural		Persona Jurídica	
Aporte a pensión	X	Parafiscales	
Aporte a salud	X	RUT (primer pago y/o actualización)	
Aporte ARL	X	Entrada al almacén	
Producto(s) - Entregable (s)		Factura	
Informe (s) Adicional (es)		Producto(s) - Entregable (s)	
		Informe (s) Adicional (es)	

SUPERVISOR 1		SUPERVISOR 2	
Firma:		Firma:	
Nombre:	OLINTO RUBIEL MAZABUEL QUILINDO	Nombre:	
No. Identificación:	76319895	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

Documento Firmado Digitalmente
 El presente documento contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la ley 527 de 1999.



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061756250		MUÑOZ VEGA ERIKA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77 65A-62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3152273673	Si


DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1511570517	9486783716	I	2025/05/14	2025/05/28	LULO BANK	14	\$1,273,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,831,200	\$613,000			\$3,831,200	\$478,900			\$3,831,200	\$76,700			\$3,831,200	\$93,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,831,200	\$613,000			\$3,831,200	\$478,900			\$3,831,200	\$76,700			\$3,831,200	\$93,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$3,831,200	\$613,000			\$3,831,200	\$478,900			\$3,831,200	\$76,700			\$3,831,200	\$93,400		\$0	\$0
1	CC 1061756250	MUÑOZ ERIKA	25-14	30	\$3,831,200	\$613,000	EPSIC3	30	\$3,831,200	\$478,900	CCF24	30	\$3,831,200	\$76,700	14-23	30	\$3,831,200	\$93,400	30	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$3,831,200	\$613,000			\$3,831,200	\$478,900			\$3,831,200	\$76,700			\$3,831,200	\$93,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061756250		MUÑOZ VEGA ERIKA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77 65A-62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3152273673	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1511570517	9486783716	I	2025/05/14	2025/05/28	LULO BANK	14	\$1,273,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$613,000	\$5,700	\$0	\$618,700	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$613,000	\$5,700	\$0	\$618,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$93,400	\$900	\$0	\$94,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$93,400	\$900	\$0	\$94,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$76,700	\$800	\$0	\$77,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$76,700	\$800	\$0	\$77,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$478,900	\$4,400	\$0	\$483,300	
A.I.C.	EPSIC3	817,001,773	3	1	\$478,900	\$4,400	\$0	\$483,300	
TOTAL				1	\$1,262,000	\$11,800	\$0	\$1,273,800	

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, ERIKA PAOLA MUÑOZ VEGA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No.1061756250 con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

- Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
ITHAN THIAGO AVIRAMA MUÑOZ	HIJO	5

1.1. Declaro que mi cónyuge _____ identificada con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO **X**

- El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____

2.2. **Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___ NO **X**

2.3. **Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.

SI ___ NO **X**


2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___ NO **X**

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** "(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación de aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)", por consiguiente:

- Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI ____ NO X estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
- Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.			
2.			
3.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 31 días del mes de mayo de 2025.

Atentamente,

Erika Paola Muñoz

Erika Paola Muñoz Vega

C.C. No. 1061756250



S 0 5 0 6 1 8

NUIP 1166468061

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59560618**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registralia <input checked="" type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Completada <input type="checkbox"/>	Compromiso <input type="checkbox"/>	Inspección de Folios <input type="checkbox"/>	Código	E	C	D
---	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN POPAYAN HOSP. UNIVERSITARIO SAN JOSE ****

Datos del inscrito

Primer Apellido AVIRAMA	Segundo Apellido MUÑOZ
----------------------------------	---------------------------------

Nombre(s)
ITHAN THIAGO

<i>Fecha de nacimiento</i>				<i>Sexo (en letras)</i>	<i>Grupo sanguíneo</i>	<i>Factor RH</i>								
Año	2	0	2	0	Mes	M	A	R	Día	0	3	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Tipo de documento precedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 15756682-3
---	---

Nombre de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declaraciones para el primer apellido del nacido)
Apellidos y nombres completos

MUÑOZ VEGA ERIKA PAOLA

<i>Documento de identificación (Clase y número)</i> CC No. 1061756250	<i>Nacionalidad</i> COLOMBIA
--	---------------------------------------

Nombre de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declaraciones para el segundo apellido del nacido)
Apellidos y nombres completos

AVIRAMA YACE YIMER FELIPE

<i>Documento de identificación (Clase y número)</i> CC No. 1061776871	<i>Nacionalidad</i> COLOMBIA
--	---------------------------------------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
AVIRAMA YACE YIMER FELIPE

<i>Documento de identificación (Clase y número)</i> CC No. 1061776871	<i>Firma</i>
--	------------------

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
.....

<i>Documento de identificación (Clase y número)</i>	<i>Firma</i>
--	-----------------------

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos
.....

<i>Documento de identificación (Clase y número)</i>	<i>Firma</i>
--	-----------------------

Fecha de inscripción




No	2	0	2	0	Mes	M	A	R	Día	0	9	<i>Nombre y firma del funcionario que autoriza</i> FERNANDO JOSE VELASCO ORDOÑEZ <i>Nombre y firma</i>
----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---	--


Reconocimiento paterno

<i>Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento</i> FERNANDO JOSE VELASCO ORDOÑEZ <i>Nombre y firma</i>	<i>Firma</i>
--	------------------

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 28,09/03/2020

	FORMA	ACTA DE INICIO PARA CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO	ADQBS-F-021				
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS		VERSIÓN	4				
	PROCESO	ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS		FECHA	31/12/2024				
				FECHA ELABORACIÓN DEL ACTA					
				Día	Mes	Año			
				4	2	2025			
I. INFORMACIÓN DEL CONTRATO									
CONTRATO No.:		ANT-CPS-20251919							
OBJETO:		Prestar servicios profesionales para apoyar en el seguimiento, gestión y desarrollo de las actividades que se adelanten en la Subdirección de Asuntos Étnicos de la Agencia Nacional de Tierras para el cumplimiento de los objetivos misionales y/o metas relacionadas con comunidades étnicas contenidas en los proyectos de inversión 2025.							
VALOR:		\$ 67.046.000	FECHA DE SUSCRIPCIÓN		03/02/2025				
II. INFORMACIÓN PRESUPUESTAL									
No. RP		7625							
FECHA RP		04/02/2025							
III. AFILIACIÓN ARL									
ARL		ASEGURADORA	FECHA AFILIACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA				
		POSITIVA	03/02/2025		04/02/2025				
IV. ACTA									
Se reunieron:									
DATOS DEL SUPERVISOR		NOMBRE	OLINTO RUBIEL MAZABUEL QUILINDO						
		CARGO	SUBDIRECTOR DE ASUNTOS ÉTNICOS						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	76319895				
DATOS DEL CONTRATISTA		NOMBRE/RAZÓN SOCIAL	ERIKA PAOLA MUÑOZ VEGA						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Cédula de ciudadanía	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	1061756250				
		NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)	NO APLICA						
		TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NO APLICA	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	NO APLICA				
En Bogotá D.C. a los <u>4</u> días del mes <u>2</u> de 20 <u>25</u> se reunieron, el supervisor del contrato, en representación de LA AGENCIA NACIONAL DE TIERRAS, y el contratista, con el fin de suscribir el acta de inicio, así:									
FECHA DE INICIACIÓN		DÍA	MES	AÑO	FECHA DE TERMINACIÓN		DÍA	MES	AÑO
		4	2	2025			31	8	2025
Para constancia firma por quienes intervinieron:									
									
SUPERVISOR					CONTRATISTA				

	FORMA	DISTRIBUCIÓN DE PAGOS DE CONTRATISTAS CON MAS DE UN RUBRO	CÓDIGO	GEFIN-F-029
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE EGRESOS	VERSIÓN	1
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	25/02/2025

NOMBRE COMPLETO	MUÑOZ VEGA ERIKA PAOLA	DEPENDENCIA	SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS ÉTNICOS
IDENTIFICACION	1061756250	ENLACE FINANCIERO	MARTHA ISABEL VIASUS SÁNCHEZ

RUBRO	NÚMERO DE MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	TOTAL EN PLAN DE PAGOS
	% DISTRIBUCIÓN	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 1	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 2	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 3	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 4	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 5	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 6	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 7	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 8	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 9	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 10	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 11	PAGO EN PLAN DE PAGOS No. 12	
C-1704-1100-19-10106A-1704026-02:	52%	\$ 4.482.504,00	\$ 4.980.560,00	\$ 4.980.560,00	\$ 4.980.560,00	\$ 4.980.560,00	\$ 4.980.560,00	\$ 4.980.560,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 34.365.864,00
C-1704-1100-20-10106A-1704043-02:	48%	\$ 4.137.696,00	\$ 4.597.440,00	\$ 4.597.440,00	\$ 4.597.440,00	\$ 4.597.440,00	\$ 4.597.440,00	\$ 4.597.440,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 31.722.336,00
TOTAL	100%	\$ 8.620.200,00	\$ 9.578.000,00	\$ 9.578.000,00	\$ 9.578.000,00	\$ 9.578.000,00	\$ 9.578.000,00	\$ 9.578.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 66.088.200,00

TIPS PARA CARGUE DE INFORMACION DE RUBROS PRESUPUESTALES
Este formato solo sera utilizado para los contratistas que tengan de 2 rubros en adelante.
Los valores deben ser redondeados sin decimales, ejemplo 1.000.000,00
El total de % DISTRIBUCION debe ser siempre 100%
El total de PAGO EN PLAN DE PAGOS No. Debe ser el total del pago sin decimales por encima o por debajo el valor debe ser exacto
El valor total por cada rubro debe ser igual al valor reportado en el RP
En la casilla de rubro solo debe estar el codigo de rubro sin nombre y previamente verificado con el RP.
Se deben agragar las filas y columnas necesarias para cumplir con la totalidad de rubros y de numero de pagos siempre teniendo en cuenta las sumas de los totales de acuerdo al RP
En caso de que el contratista tenga una terminación anticipada o adición, se deberá ajustar la distribución de los rubros de acuerdo a la modificación del contrato