

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL			
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
	Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	

1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	YURY SMID BONILLA MORANTES		NIT/ CC No.	53037444	
CORREO ELECTRÓNICO	ybonillam@invima.gov.co		TELÉFONO	3132769571	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	922-2024		TERMINO DE EJECUCIÓN	75 DIAS	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA DE LA SECRETARÍA GENERAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ARCHIVÍSTICAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN ACORDE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL INVIMA.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2024-10-15	FECHA DE INICIO	2024-10-15	FECHA DE TERMINACIÓN	2024-12-29

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 5.500.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 5.500.000	VALOR A PAGAR	\$ 2.200.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 3.300.000	VALOR PAGADO	\$ 2.200.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	(PAGO 1)
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N/A	PERIODO OBJETO DE PAGO	2024/10/15 AL 2024/11/14
BANCO	AV-VILLAS	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	52969685

2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					

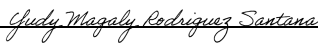
3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES						
En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:						
Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato						
Informe de actividades	SI	Facturas	N/A	N/A	N/A	
Pago Parafiscales	SI		Ingreso a Almacén			N/A
SGSSI	SI		Documentos a cargo			N/A
Carné	N/A		Otros. Cuales?			N/A
SE CANCELO \$ 13.900 A LA CAJA DE COMPENSACIÓN COMPENSAR						

4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	1068007612				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	OCTUBRE DE 2024	2024-11-18	\$ 86.700	FAMISANAR	
PENSION	OCTUBRE DE 2024	2024-11-18	\$ 111.000	PORVENIR	
ARL	OCTUBRE DE 2024	2024-11-18	\$ 3.700	POSITIVA	

Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.

5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación.					
En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					

Fecha de expedición de la presente certificación:	AAAA	MM	DD	
	2024	11	20	

	Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal	
	Nombre	
	Fecha de revisado:	AAAA-MM-DD
Asesor de la Dirección General con delegación de funciones Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia	Consecutivo:	

NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual.
NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.

PAGADO 18/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURY SMID BONILLA MORANTES		
Documento	CC53037444	Dirección	CLL 47 A # 27 57 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3132769571
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LMC	UAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 53037444	YURY SMID BONILLA MORANTES	59	00	X																0	16	16	16	16	(230301) PORVENIR	\$ 693.334	\$ 111.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 693.334	\$ 86.700	0,522	\$ 693.334	\$ 3.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 693.334	\$ 13.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 215.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 693.334	\$ 693.334	\$ 693.334	\$ 693.334	\$ 111.000	\$ 86.700	\$ 3.700	\$ 13.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 215.300	\$ 900	\$ 216.200

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA
Bogotá D.C.

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: Yury Smid Bonilla Morantes
Identificación: 53037444

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.
- * \$169,648,000 con UVT (\$42,412) año 2023 SI (☒) NO (☐)
* \$188,260.000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (☒) NO (☐)
2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente
- 2.1. Declaro que: SI (☐) NO (☒) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.
- 2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
				-	-

3. Soy pensionado SI (☐) NO (☒), según resolución No._____.
4. Aportes voluntarios a pensión SI (☐) NO (☒): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.
5. Aporte cuenta AFC SI (☐) NO (☒): Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta _____
6. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI (☐) NO (☒);
- Favor indicar la tarifa ()%

Si en numeral 6 marco **SI** diríjase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

7. 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. Manifiesto que

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO
JUAN FELIPE AVILA BONILLA	18	HIJO	CEDULA	1023163725
JUAN CAMILO AVILA BONILLA	17	HIJO	TARJETA IDENTIDAD	1023164694

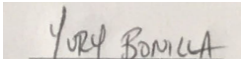
Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,506,080) por concepto de dependientes.

8. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 8.1. Pagos adicional por salud SI () NO (X) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.
- 8.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI () NO (X) anexo certificación.
- 8.2.1.El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 8.2.2. Solicito 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. SI () NO (X)
9. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de BOGOTÁ a los 18 días del mes de Noviembre del 2024



Firma: _____

Yury Smid Bonilla Morantes
C.C. 53037444

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141144012034			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 530374441				6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 32			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 53037444		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido BONILLA		32. Segundo apellido MORANTES		33. Primer nombre YURY		34. Otros nombres SMID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CL 47 A N 2757 S							
42. Correo electrónico yurysbonilla@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3132769571		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8299	47. Fecha inicio actividad 20220804	48. Código 7490	49. Fecha inicio actividad 20090929	50. Código 1 9101	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 11 - 17 / 16 : 52: 49			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre BONILLA MORANTES YURY SMID			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 052969685

El Banco AV Villas certifica que: **Yury Smid Bonilla Morantes**
identificada con el documento No. 53037444, tiene en la oficina C.C.CIUDAD TUNAL (041) una Cuenta de
Ahorros - Cuenta Móvil No. 052969685 desde el 03 de abril de 2019.

Fecha de expedición: 14/11/2024

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	922-2024		
CONTRATISTA:	YURY SMID BONILLA MORANTES	NIT / C.C No. :	53037444
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN EL GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA DE LA SECRETARÍA GENERAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES ARCHIVÍSTICAS NECESARIAS PARA LA CONSERVACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN ACORDE CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DEL INVIMA.		
VALOR DEL CONTRATO	\$ 5.500.000		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2024/10/15	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	75 DIAS
FECHA DE INICIO:	2024/10/15	FECHA DE TERMINACIÓN:	2024/12/29
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2024/10/15	HASTA:	2024/11/14
PAGO NÚMERO:	1	DEPENDENCIA:	GRUPO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Y CORRESPONDENCIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Judy Magali Rodríguez Santana		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1.	Desarrollar las actividades archivísticas de conformidad con los procesos relacionados al sistema de gestión integrado, documental del Invima, de acuerdo con las metas estipuladas.	En este periodo se me asigna el lote cajas a intervenir del Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos en el 2 piso de la sede central del Invima para el proceso de inventario en su estado natural	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx https://acortar.link/jvFxZu

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

2.	Realizar el cambio de unidades de almacenamiento 20 cajas diarias, con el fin de fortalecer la gestión de los procesos relacionados con el sistema de gestión integrado y documental de la Entidad.	En este periodo se realizo en el cambio de unidades conservación y almacenamiento total 197 cajas	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx https://acortar.link/jvFxZu
3.	Elaborar el Inventario en estado natural de la documentación producida por las dependencias, grupos de trabajo y demás áreas administrativas del INVIMA, en el Formato Único de Inventario Documental-FUID, de 20 cajas diarias.	En este periodo se realiza inventario en su estado natural correspondiente al Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos Total, 1699 registros	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx
4.	Construir el rotulo de 20 cajas diarias de las diferentes dependencias y grupos de trabajo de la entidad con el fin de Consolidar el sistema de gestión documental de la entidad.	En este periodo se trabajó en la elaboración de los rótulos diarios correspondiente al Grupo de Medicamentos y Productos Biológicos Total 197 rótulos	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx https://acortar.link/jvFxZu
5.	Elaborar informes mensuales donde se refleje la ejecución del objeto contractual, así como las demás que sean solicitadas por el supervisor del contrato	En este periodo se realiza el informe correspondiente al periodo del 15 de octubre al 14 de Noviembre de 2024 con las funciones realizadas	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx https://acortar.link/jvFxZu
6.	Entregar y consolidar el informe final de la ejecución y cierre del expediente relacionado con el objeto contractual	En este periodo se reporta a Jorge Enrique Amórtegui Romero la producción diaria al correo	Base de datos y reporte diario en la carpeta One Drive https://acortar.link/iS5rSx https://acortar.link/jvFxZu

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

7.	Brindar apoyo a las demás actividades que sean requeridas por el supervisor para el cumplimiento de las metas y del objeto contractual.	En este periodo se apoya en la oficina de Montevideo en el traslado de cajas del 2 piso al 1 piso para ubicación en la estantería el día 13-10-2024.	
----	---	--	--

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de _del _.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
01	\$ 2.200.000	\$ 1.300.000	15	\$ 216.200	1068007612	PAGO SIMPLE

5. BALANCE FINANCIERO

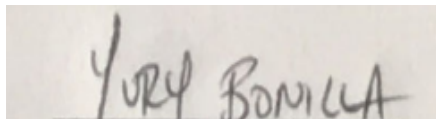
Valor total del contrato	\$ 5.500.000
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 2.200.000
Saldo del contrato	\$ 3.300.000

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GAD-GCT-FM9		Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO

Atentamente,



Yury Smid Bonilla Morantes
Contratista
Tecnólogo Gestión Documental
C.C. No. 53037444

Recibí a satisfacción:

Judy Magaly Rodríguez Santana
Judy Magali Rodríguez Santana
Cargo: Asesor de la Dirección General con delegación de funciones
Coordinador del Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Dependencia: Grupo de Gestión Documental y Correspondencia
Supervisora Contrato 922 de 2024