Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias	*LISTA DE CHEQUEO PAGOS*

VERSIÓN 15	CODIGO FO-GFI-02	FECHA EDICIÓN: 20/06/2024

ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
No Rad: **2026CI01505**
Fecha **2026/03/25 04:18 P.M**
Asunto: **PAGO No 01 DEL CONTRATO No 235 DE 2026 - DIANA CAROLINA AREVALO**
Rem: **DIRECCION DE PLANEACION**
Dest: **GRUPO FINANCIERA**
No. Anexos **00 No.** Folios **15**

PROCESO COLOMBIA COMPRA EFICIENTE NO

CONTRATO No. - AÑO 235/2026

BENEFICIARIO: DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA

NIT-DV: 1.082.889.412 - 6 **CDP No.:** 8826 **RP No. :** 27526 **Pago No.:** 1

Tipo de beneficiario: Persona Natural

Fecha Acta de Inicio y/o Cesión: 30 de enero de 2026

Producto: SERVICIO

LISTA DE CHEQUEO

DOCUMENTOS	ADJUNTO	CUMPLE
1. Factura Electrónica (Pantallazo Aprobado en Olimpia IT), Documento Equivalente o Cuenta de Cobro (según RUT) Original y Copia.	SI	
2. Recibo a satisfacción (Original y Copia).	SI	
3. Oficio remisorio radicado de informes supervisor y contratista / cooperante donde se relacione el No. de informe y el cronograma de actividades si aplica.	SI	
4. Certificado pago Seguridad Social sobre ingresos del Contrato acompañado de la/s planilla/s (salud, pensión, ARL)	SI	
5. Certificación de Declarante*. El contratista puede adicionar soportes para reducir su retención en la fuente.	SI	

* Aplica para primeros pagos o desembolsos de cada vigencia.

MARTHA DAZA RIVERA
Supervisora Contrato 235 / 2026
Profesional Grupo Planeación y Estadística

Revisó Financiera: _____

Aprobó para pago: _____

Bogotá D.C. 3 de marzo del 2026

CUENTA DE COBRO 1

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
NIT: 899.999.050 – 8

Debe a:
DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA
Identificado con Nit No 1.082.889412-6

La Suma de DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE
($220.000.oo)

POR CONCEPTO DE: Prestar servicios profesionales orientados al análisis, consolidación y seguimiento de información estadística relacionada con los procesos, programas y acciones que adelanta la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, como insumo para la planeación, toma de decisiones y evaluación de resultados en el marco de la Agenda de Asociatividad Solidaria para la Paz.

Según contrato número **235 de 2026,** Correspondiente al período comprendido entre el 30 y 31 de enero del 2026

Cordialmente,

DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA

CC. 1.082.889.412

Bogotá D.C. 3 de marzo del 2026

CUENTA DE COBRO 1

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
NIT: 899.999.050 – 8

Debe a:
DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA
Identificado con Nit No 1.082.889412-6

La Suma de DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE
($220.000.oo)

POR CONCEPTO DE: Prestar servicios profesionales orientados al análisis, consolidación y seguimiento de información estadística relacionada con los procesos, programas y acciones que adelanta la Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias, como insumo para la planeación, toma de decisiones y evaluación de resultados en el marco de la Agenda de Asociatividad Solidaria para la Paz.

Según contrato número **235 de 2026,** Correspondiente al período comprendido entre el 30 y 31 de enero del 2026

Cordialmente,



DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA

CC. 1.082.889.412

Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias	***RECIBO A SATISFACCIÓN***	
VERSIÓN 15	CODIGO FO-GCO-13	FECHA EDICIÓN: 20/06/2024

CERTIFICACION

Yo, Martha Daza Rivera identificada, con la C. C. No. 23.323.387, en mi calidad de supervisora del contrato **No. 235 de 2026**, **CERTIFICO** que, **DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA** en su calidad de contratista, identificada con NIT No. 1.082.889.412-6 cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones estipuladas en el contrato **No. 235 de 2026**, entre el periodo comprendido entre el **30 al 31 de enero del 2026**, que representa el **pago No.1,** conforme a la cláusula de forma de pago y de acuerdo con lo consignado en el informe presentado por el contratista con destino al expediente contractual, previamente revisado y aprobado. Del presente certificado hace parte el informe de supervisión que contiene los aspectos: técnico, administrativo, contable, financiero y jurídico y que reposa en la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

Que he verificado el cumplimiento por parte del contratista de lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el art. 1º de la ley 828 de 2003 y demás normas que regulan la materia, relativo a las planillas de pago, constancias o certificaciones de encontrarse a paz y salvo durante los últimos seis (6) meses, por concepto de pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARP) y aportes parafiscales.

Que el contrato **No.235 de 2026**, no presenta irregularidades ni inconvenientes en su ejecución y en consecuencia se procede a solicitar el pago por valor de **DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($220.000**), según la forma de pago de este.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C, a los 3 días del mes de marzo de 2026, para su correspondiente trámite de pago.

Atentamente,

MARTHA DAZA RIVERA
Supervisora Contrato 235 de 2026
Profesional Grupo de Planeación y Estadística

CERTIFICACION

Yo, Martha Daza Rivera identificada, con la C. C. No. 23.323.387, en mi calidad de supervisora del contrato **No. 235 de 2026**, **CERTIFICO** que, **DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA** en su calidad de contratista, identificada con NIT No. 1.082.889.412-6 cumplió a satisfacción con el objeto y las obligaciones estipuladas en el contrato **No. 235 de 2026**, entre el periodo comprendido entre el **30 al 31 de enero del 2026**, que representa el **pago No.1,** conforme a la cláusula de forma de pago y de acuerdo con lo consignado en el informe presentado por el contratista con destino al expediente contractual, previamente revisado y aprobado. Del presente certificado hace parte el informe de supervisión que contiene los aspectos: técnico, administrativo, contable, financiero y jurídico y que reposa en la Oficina Asesora Jurídica de la entidad.

Que he verificado el cumplimiento por parte del contratista de lo requerido por el artículo 50 de la ley 789 de 2002, modificado por el art. 1º de la ley 828 de 2003 y demás normas que regulan la materia, relativo a las planillas de pago, constancias o certificaciones de encontrarse a paz y salvo durante los últimos seis (6) meses, por concepto de pago de aportes a la seguridad social (salud, pensión y ARP) y aportes parafiscales.

Que el contrato **No.235 de 2026**, no presenta irregularidades ni inconvenientes en su ejecución y en consecuencia se procede a solicitar el pago por valor de **DOSCIENTOS VEINTE MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($220.000)**, según la forma de pago de este.

Se expide el presente certificado en la ciudad de Bogotá D.C, a los 3 días del mes de marzo de 2026, para su correspondiente trámite de pago.

Atentamente,

MARTHA DAZA RIVERA
Supervisora Contrato 235 de 2026
Profesional Grupo de Planeación y Estadística

PAGO SEGURIDAD SOCIAL
(SALUD, PENSIÓN, ARL)

CERTIFICACIÓN

Yo, **DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA** identificada con C.C. **No. 1.082.889.412** con domicilio principal en la ciudad de Bogotá.

De manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, certifico que los documentos soporte de pago de seguridad social del mes de enero **de 2026**, corresponden a los ingresos provenientes del contrato **No. 235 de 2026.**

Esta declaración la hago a los cinco (3) días de **marzo de** 2026, con destino a la **Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias** para que surta los efectos legales.

Cordialmente,

DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA
Contratista
CC. 1.082.889.412

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082889412	DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA	CARRERA 101A# 19-40	3002820295	dicaarba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		40859129	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$514.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	20	2.800	0	221.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	20	3.600	0	283.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	20	200	9.400			92	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.700
Pensión	1	280.200	283.800
Riesgos Laborales	1	9.200	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	514.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082889412	DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA	CARRERA 101A# 19-40	3002820295	dicaarba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		40859129	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$514.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1082889412	AREVALO BANDERA DIANA CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082889412	DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA	CARRERA 101A# 19-40	3002820295	dicaarba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		40859129	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$514.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	20	2.800	0	221.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	20	3.600	0	283.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	20	200	9.400			92	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.700
Pensión	1	280.200	283.800
Riesgos Laborales	1	9.200	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	514.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1082889412	DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA		CARRERA 101A# 19-40	3002820295	dicaarba@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		40859129	24/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	$0	$514.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1082889412	AREVALO BANDERA DIANA CAROLINA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACIÓN DE DECLARANTE 2026
DETERMINACIÓN CEDULAR

Señores:
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
Ciudad

Yo, Diana Carolina Arévalo Bandera, identificada) como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de Juramento que:

1. Marque con una X la casilla a la cual pertenece:

X	**Pertenezco a la cédula de Rentas de Trabajo[1]**
	Pertenezco a la cédula de Rentas No Laborales[2]

**De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.*

2. Con base en el artículo 383 parágrafo 3 del estatuto tributario "*Las personas naturales podrán solicitar la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior a la determinada de conformidad con el presente artículo, para la cual deberá indicarla por escrito al respectivo pagador. El incremento en la tarifa de retención en la fuente será aplicable a partir del mes siguiente a la presentación de la solicitud.*"

En base a lo anterior solicito me sea aplicada la siguiente tarifa por concepto de retención en la fuente (superior a la determinada de conformidad con el articulo citado) **0** %

En consecuencia, la información suministrada anteriormente es fidedigna y corresponde a la aplicación del contrato de prestación de Servicios No 235 del año 2026 suscrito con la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ORGANIZACIONES SOLIDARIAS.

Para constancia se firma el 03 día del mes de marzo de 2026.

Atentamente,

DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA
CC. 1.082.889.412
Contratista

---

[1] **Artículo 103:** Se consideran rentas exclusivas de trabajo, las obtenidas por personas naturales por concepto de salarios, comisiones, prestaciones sociales, viáticos, gastos de representación, honorarios, emolumentos eclesiásticos, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativo y, en general, las compensaciones por servicios personales. https://leyes.co/se_expide_el_estatuto_tributario_de_los_impuestos_administrados_por_la_direccion_general_de_impuestos_nacionales/103.htm

[2] Honorarios de personas naturales que presten servicios y contraten o vinculen por al menos 90 días continuos o discontinuos, 2 o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, Todos los demás ingresos que no se clasifiquen de manera expresa en las demás cédulas.

Bogotá D.C., 13 de marzo de 2026

ORGANIZACIONES SOLIDARIAS
No Rad: **2026CI01504**
Fecha **2026/03/25 04:17 P.M**
Asunto: **INFORME No 01 DEL CONTRATO No 235 DE 2026 – DIANA CAROLINA AREVALO**
Rem: **DIRECCION DE PLANEACION**
Dest: **SUBDIRECCION NACIONAL**
No. Anexos **00 No.** Folios **10**

Doctor
JHON FREDY LOPEZ FRANCO
Subdirector Nacional - Ordenador del Gasto (D)
Unidad Administrativa Especial de Organizaciones Solidarias.
Ciudad

Asunto: INFORME No 1 DEL CONTRATO No 235 DE 2026

Respetado doctor;

De manera atenta y para los fines pertinentes adjunto, informe de supervisión e informe de la contratista **DIANA CAROLINA AREVALO BANDERA,** correspondiente al contrato No **235 de 2026**, del periodo comprendido entre el **30 y 31 de enero de 2026** de la presente vigencia, que representa el **pago No 1.**

MARTHA DAZA RIVERA
Supervisora Contrato N 235 de 2026
Profesional Especializada – Grupo de Planeación y Estadística

Anexos: Informe de supervisión
Informe Técnico de Contratista y carpeta con evidencias de avance

JHON FREDY LOPEZ FRANCO
SUBDIRECTOR NACIONAL
13/03/2026