

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMAT CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 6
FN.FT.01



DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	1,018,437,243
NOMBRE	ANGÉLICA NATALIA CLAVIJO BERNAL
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO Y SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL					
NÚMERO DE CONTRATO	AND-059-2026	VIGENCIA	DESDE	1	FEBRERO 2026
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 132,000,000.00		HASTA	31	DICIEMBRE 2026

MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
VALOR ADICIONADO		PRORROGA HASTA	DÍA	MES	AÑO
VALOR CEDIDO		FECHA CEDIDO	DÍA	MES	AÑO
SUSPENSIÓN	DESDE	DÍA	MES	AÑO	
	HASTA	DÍA	MES	AÑO	
VALOR FINAL DEL CONTRATO	\$ 132,000,000	TERMINACIÓN ANTICIPADA	DÍA	MES	AÑO

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	NÚMERO DE CDP	426	NÚMERO DE RP	6526
RUBRO	C-2302-0400-2-53105B-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	TERCERO (3)	RÉGIMEN	NO RESPONSABLE DE IVA	PENSIONADO	NO
CONCEPTO DEL PAGO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			DECLARANTE DE RENTA	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	\$ 12,000,000
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	\$ 12,000,000
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTI	\$ 36,000,000
SALDO POR PAGAR	\$ 96,000,000
APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (\$ 768,000.00
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (\$ 600,000.00
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	\$ 25,100.00
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL	

BASE GRAVABLE	\$ 0.00
IVA	\$ 0.00
TOTAL	\$ 0.00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO BCSC
TIPO DE CUENTA	AHORROS
Nº DE CUENTA	24087831005

* 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.
 ** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

- Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
- 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.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
- De acuerdo con los plazos establecidos en el Artículo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
- En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
- De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al país).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aquí establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

Angelica Clavijo Bernal

FIRMA: ANGÉLICA NATALIA CLAVIJO BERNAL

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
MARICELA TORRENEGRA BARRIOS	ASESORA DE DIRECCIÓN	DIRECCIÓN GENERAL

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

Maricela Torrenegra Barrios

FIRMA: MARICELA TORRENEGRA BARRIOS

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Contratista
 Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo
 Revisó: Juan Luis López - Contratista
 Revisó: Carlos Garav - Líder Anexo 2

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02



Fecha de expedición del documento: Abril 2026

Nombre: ANGELICA CLAVIJO BERNAL

N° contrato: AND-059-2026

Fecha de inicio: 1/02/2026

Fecha de terminación: 31/12/2026

Período de pago: ABRIL 2026

N° de pago y/o factura: 003

Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales para apoyar de manera parcial y especializada la gestión estratégica, articulación y estructuración de insumos relacionados con cooperación internacional, gestión de proyectos y relacionamiento institucional asociados al desarrollo transversal de los Servicios Ciudadanos Digitales, en el marco del Convenio Interadministrativo correspondiente a la vigencia de 2026, suscrito con MinTIC.

Supervisor: MARICELA TORRENEGRA

*N°	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Apoyar la identificación, análisis y priorización de oportunidades de cooperación internacional relacionadas con Servicios Ciudadanos Digitales y transformación digital del Estado.	Durante el mes de Abril se apoyó con la estructuración del documento MARCO Normativo y metodológico Assesment	Obligación 01
02	Elaborar insumos técnicos y estratégicos para la articulación institucional con actores nacionales e internacionales cuando sea requerido en el marco del convenio interadministrativo de SCD de 2026.	En el periodo reportado se dio continuidad en el apoyo para estructuración del marco normativo y metodológico del Assesment.	Obligación 02

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

*N o	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
03	Apoyar la estructuración de documentos, presentaciones y soportes requeridos para procesos de relacionamiento, gestión y toma de decisiones del proyecto.	En el mes de Abril se dio continuidad en el apoyo para estructuración del marco normativo y metodológico del Assessment.	Obligación 03
04	Apoyar el análisis de experiencias y buenas prácticas internacionales aplicables a la implementación y evolución de los Servicios Ciudadanos Digitales.	Se apoyó con la estructuración del documento de la autoevaluación guiada para identificar el nivel de madurez de la entidad frente a las iniciativas del ecosistema de Servicios Ciudadanos Digitales (SCD).	Obligación 04
05	Apoyar la construcción de mapas de actores y matrices de articulación institucional (stakeholders) asociados al ecosistema de Servicios Ciudadanos Digitales.	En el mes reportado se brindó apoyo en la estructuración del marco normativo y metodológico del Assessment.	Obligación 05
06	Apoyar la definición de rutas de gestión y coordinación interinstitucional para el cumplimiento de objetivos del convenio interadministrativo de SCD de 2026.	Realización de mesa de trabajo con el Supervisor del contrato con el fin de socializar RESOLUCIÓN 1888 DE 2025, Por medio de la cual se adopta el Resumen Digital de Atención en Salud RDA en el marco de la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica IHCE, se establece el mecanismo para su implementación a nivel nacional y se	Obligación 06

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 4
CT.FT.02

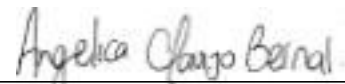


*N o	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	**Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
		dictan otras disposiciones, con el objetivo de iniciar una articulación con los Servicios Ciudadanos digitales, tal como lo establece la normatividad mencionada.	
07	Apoyar la estructuración de agendas de trabajo con actores estratégicos, incluyendo preparación de insumos previos y mensajes clave.	Se apoyó con la estructuración del Plan de Trabajo Assessment SCD	Obligación 07
08	Asistir a reuniones y mesas de trabajo programadas tanto virtuales como presenciales cuando así lo requiera la supervisión del contrato, que tenga relación directa con su objeto contractual.	Se participó en las reuniones y mesas de trabajo programadas, relacionadas con el seguimiento al cubo de información, atendiendo los requerimientos efectuados por la Supervisión del contrato en el marco del objeto contractual.	Obligación 08
09	Realizar las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor del contrato	Se participa de las reuniones con la Supervisión con el fin de apoyar en la gestión de respuesta a las observaciones establecidas por la Contraloría General de la Republica	Obligación 9

Observaciones Contratista	Observaciones Supervisor

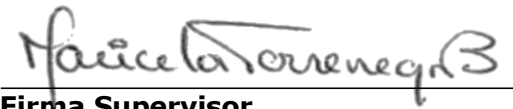
REPORTE PLANILLA DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
MES	NUMERO
MARZO	1080582832 – 1081779939 - 1082242427

Presentó:







Firma Contratista
ANGELICA CLAVIJO BERNAL

Aprobó



Firma Supervisor
MARICELA TORRENEGRA
ASESORA DE DIRECCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL

Revisó: Carlos Andrés Corredor – Contratista 
Revisó: Claudia Yelena Caputo - Líder Financiero y Administrativo 
Revisó: Juan Luis López - Contratista 
Revisó: Carlos Garav - Líder Anexo 2 



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-05, 12:46:39 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1080582832

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADO 20/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SUN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IPP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00																		0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100	\$ 2.500	\$ 501.600



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-05, 12:46:45 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1081779939

Nro Planilla Corregida: 1080582832

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADO 05/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SUN	ICE	LMA	VAC	VCT	IPP	Dias ARP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	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 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00									A							0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 499.100
CC 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00									C	X						0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	\$ 4.800.000	\$ 768.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 4.800.000	\$ 600.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.368.000

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
\$ 3.049.095	\$ 3.049.095	\$ 0	\$ 0	\$ 487.800	\$ 381.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 868.900	\$ 12.600	\$ 881.500



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-22, 02:58:45 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1082242427

Nro Planilla Corregida: 1081779939

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADO 22/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL		
Documento	CC1018437243	Dirección	CL 152B #72 - 51 APTO 303 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3173798144
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SIN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IPP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	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 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	59	00									C	X							0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 4.800.000	\$ 768.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 4.800.000	\$ 600.000	0,522	\$ 4.800.000	\$ 25.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.393.100
CC 1018437243	ANGELICA NATALIA CLAVIJO BERNAL	03	00									A	X							0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 4.800.000	\$ 768.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 4.800.000	\$ 600.000	0,000	\$ 0	\$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.368.000	

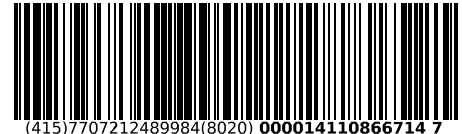
III. TOTALES

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
\$ 0	\$ 0	\$ 4.800.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 25.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 25.100	\$ 700	\$ 25.800

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141108667147



(415)7707212489984(8020) 000014110866714 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 1 8 4 3 7 2 4 3

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 1 8 4 3 7 2 4 3

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CLAVIJO

32. Segundo apellido

BERNAL

33. Primer nombre

ANGELICA

34. Otros nombres

NATALIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 134 B 50 58 ED REFUGIO DEL PRADO AP 205

42. Correo electrónico

bernalcangelica@gmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 3 1

44. Teléfono 1

3 1 7 3 7 9 8 1 4 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7 0 3 0 9

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 3 2 7

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

60. No. de Folios:

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.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo