

	INSTRUCTIVO: DILIGENCIAMIENTO FORMATO SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 1.0
		Fecha: 30/06/2020
		Código: FRA-I-04

I. OBJETIVO:

Presentar una herramienta que facilite a los usuarios el diligenciamiento del Formato Unificado Solicitud de Pago Contratos de Prestación de Servicios FRA – F – 047.

II. INSTRUCCIONES:

1. INFORMACIÓN GENERAL (Información básica del contratista y del contrato)

- **Contrato No.:** Digitar número del contrato del contratista Ejem. 320
- **De:** Digitar Año del contrato Ejem. 2020
- **Entidad:** Seleccionar en la lista desplegable la entidad que corresponda. Ejem. Minvivienda o Fonvivienda.
- **Nombre del Contratista:** Digitar nombre completo del contratista que está solicitando el pago y a quien corresponde el contrato mencionado anteriormente. Ejem. Carlos Alberto Valderrama Palacios.
- **Tipo de Documento:** Seleccionar en la lista el tipo de documento que corresponde al contratista que está solicitando el pago. Ejem. C.C
- **No. Documento:** Digitar el número de documento del contratista que está solicitando el pago. Ejem. 79.999.999
- **Fecha de suscripción:** Fecha en la cual se firmó el contrato mencionado anteriormente. Ejem. 13/01/2020 (Formato dd/mm/aaaa). Información en acta de inicio.
- **Fecha de inicio:** Fecha en la cual se da inicio al contrato mencionado anteriormente. Ejem. 14/01/2020 (Formato dd/mm/aaaa) Información en acta de inicio.
- **Fecha de finalización:** Fecha en la cual se termina el contrato mencionado anteriormente. Ejem. 31/12/2020 (Formato dd/mm/aaaa) Información en acta de inicio.
- **Código Actividad Económica:** Digitar código de la actividad económica a la que pertenece el contratista. Ejem. 7490
- **Descripción Actividad Económica:** Digitar la descripción del código anteriormente mencionado. Ejem. Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p.
- **Objeto Del Contrato:** Digitar el objeto del contrato firmado por el contratista mencionado anteriormente. Ejem. Prestación de servicios profesionales para apoyar la línea de Inclusión y desarrollo Productivo en el marco de la implementación de la estrategia de acompañamiento social de los proyectos de vivienda.

Ejem.

 La vivienda y el agua son de todos Minvivienda	FORMATO: UNIFICADO SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					Versión: 1.0	
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA					Fecha: 21/05/2020	
						Código: FPA-F-41	
1. INFORMACIÓN GENERAL							
CONTRATO No. 320		DE 2020		ENTIDAD: MINVIVIENDA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA	TIPO DE DOCUMENTO	No. DOCUMENTO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA
CARLOS ALBERTO VALDEFRAMA PALACIOS	C.C	79,999,723	13/01/2020	14/01/2020	31/12/2020	7490	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.o.p
OBJETO DEL CONTRATO							
Prestación de servicios profesionales para apoyar la línea de Inclusión y desarrollo Productivo en el marco de la implementación de la estrategia de acompañamiento social de los proyectos de vivienda.							

2. INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA. (Información sobre la cuenta que se hará el desembolso y que se tiene registrada en Minvivienda)

- **Tipo de cuenta:** Seleccionar de la lista desplegable el tipo de cuenta que corresponda. Ejem. Ahorros
- **Banco:** Digitar el banco al que corresponde la cuenta que está registrada en Minvivienda y a la cual se hará el desembolso. Ejem. Bancolombia
- **No. De cuenta:** Digitar el número de cuenta a la cual se le hará el desembolso y que tiene registrada el contratista en Minvivienda. Ejem. 0006774309834-9

2. INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA		
	Banco	No. de Cuenta
AHORROS	Bancolombia	0006774309834-9

3. PAGO AUTORIZADO (Número de pago que se está solicitando según contrato)

- Seleccionar de la lista desplegable el número del pago solicitado. Ejem. 5

3. PAGO AUTORIZADO		
	DE	PAGOS CONTRACTUALES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

- **De:** Seleccionar de la lista desplegable el número de pagos contractualmente estipulados para el contrato mencionado anteriormente. Ejem. 12

3. PAGO AUTORIZADO		
	DE	PAGOS CONTRACTUALES
5	12	PAGOS CONTRACTUALES

4. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES) (Corresponde al registro(s) presupuestal (es) que respalda al contrato mencionado anteriormente)

- **Registro Presupuestal:** Digitar el Número del registro presupuestal que ampara el contrato anteriormente mencionado. Ejem. 89020

- **Valor afectar para este pago:** Digitar el valor a desembolsar en el pago solicitado. Ejem. 6.850.000

4. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)				
Registro Presupuestal No.	89020	Valor a afectar para este pago	\$	6,850,000
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		

❖ CASOS ESPECIALES

- **Contratos respaldados con dos registros presupuestales en una misma unidad ejecutora.**

4. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)				
Registro Presupuestal No.	80120	Valor a afectar para este pago	\$	3,425,000
Registro Presupuestal No.	80220	Valor a afectar para este pago	\$	3,425,000
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		

Se distribuye entre los dos registros presupuestales el valor solicitado a desembolsar.

- **Contratos respaldados con dos registros presupuestales en diferentes unidades ejecutoras.**

4. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)				
Registro Presupuestal No.	1220 Mocoa	Valor a afectar para este pago	\$	3,425,000
Registro Presupuestal No.	1020 Crédito	Valor a afectar para este pago	\$	3,425,000
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		

Se distribuye entre los dos registros presupuestales el valor solicitado a desembolsar.

- **Contratos respaldados con un registro presupuestal y distribuido en diferentes actividades.**

4. REGISTRO(S) PRESUPUESTAL(ES)				
Registro Presupuestal No.	28820 C-4003-1400-9-0-4003036-02	Valor a afectar para este pago	\$	4,914,000
Registro Presupuestal No.	28820 C-4003-1400-9-0-4003037-02	Valor a afectar para este pago	\$	4,914,000
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		
Registro Presupuestal No.		Valor a afectar para este pago		

Se distribuye entre las dos actividades el valor solicitado a desembolsar.

5. **PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL (Corresponde a la información de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional)**

- **Planilla No.:** Digitar el Número de la planilla que soporta el pago de seguridad social.
- **Valor:** *Digitar 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 generados.*
- **Periodo:** Digitar el periodo cotizado en la planilla
- **Fecha de pago:** Digitar la fecha en la cual se realizó el pago de los aportes obligatorios de seguridad social. (Formato dd/mm/aaa)

Ejem.

5. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL				
Concepto	Planilla No.	Valor	Periodo	Fecha de pago
Salud	42556280	\$ 205.000	ABRIL	11-05-2020
Pensión		\$ 49.200		
FSP				
ARL		\$ 8.600		

6. INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO

- **SELECCIONAR:** Seleccionar de la lista desplegable Cobro No. O Factura No. Según el caso que corresponda.

6. INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO			
Seleccionar	Fecha de expedición	Valor Mes	
Seleccionar Cobro No. Factura No.		\$ -	
VALOR EN LETRAS			

- **COBRO No. O Factura No.:** *Para cobro No. Digitar el Número de pago solicitado en el ítem 3. PAGO AUTORIZADO y para Factura No. Digitar el numero de la factura correspondiente. Ejem. 5 o H108 según el caso*
- **FECHA DE EXPEDICIÓN:** Digitar la fecha en la cual se está solicitando el pago. Esta fecha debe estar en el rango en las que se recibe las cuentas, además la fecha debe ser igual o inferior a la fecha del correo de cumplimiento por parte del supervisor.
Ejem. Cuenta de junio se envía en julio -----01/07/2020
- **TOTAL COBRO DEL MES:** Digitar el valor a cobrar en el mes incluido IVA según el caso, debe coincidir con el valor del punto 4. Registro Presupuestal. Ejem. \$6.850.000.
- **VALOR EN LETRAS:** Digitar el valor en letras del valor total del cobro del mes.
Ejem. Seis Millones Ochocientos cincuenta mil pesos

Ejem. Cobro No. (No responsables de IVA)

6. INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO				
Cobro No.	Fecha de expedición	Valor Mes		Total cobro del mes
5	01/07/2020	\$ 6,850,000.00	-	\$ 6,850,000.00
VALOR EN LETRAS		SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS		

Ejem. Factura No. (Responsables de IVA)

6. INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO				
Factura No.	Fecha de expedición	Valor Mes Antes de IVA	IVA	Total cobro del mes
H108	01/07/2020	\$ 5,756,302.00	\$ 1,093,698.00	\$ 6,850,000.00
VALOR EN LETRAS	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS			

7. CERTIFICACIÓN E INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA (Información donde el contratista solicita deducciones de su cuenta)

He contratado o vinculado a dos o más trabajadores asociados con la actividad que realizo: Seleccionar en la lista desplegable SI/NO según el caso

7A. SOLICITUD DE DEDUCCIONES (Artículo 387 del Estatuto Tributario)

- MEDICINA PREPAGADA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
 - INTERESES POR CRÉDITO DE VIVIENDA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
 - DEPENDIENTES:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
 - Si NO se solicita deducciones por AFC o AVP dejar en blanco las casillas:**
 - AUTORIZO DESCUENTO Y TRANSFERENCIA DE APORTES
 - POR VALOR DE
 - VALOR EN LETRAS
 - ENTIDAD FINANCIERA
 - NÚMERO DE CUENTA
- ❖ **De lo contrario si el contratista va a solicitar deducciones por AFC o AVP se deben diligenciar en su totalidad las casillas enumeradas en el punto anterior.**
- NOMBRE:** No hay necesidad de digitar ya está formulado con la información del ítem1 INFORMACIÓN GENERAL.
 - CORREO DE NOTIFICACIÓN:** Digitar el correo de notificación del contratista, preferiblemente el correo institucional.
 - EXTENSIÓN:** Digitar Número de la extensión. (dado caso que aplique)
 - CELULAR:** Digitar Número de celular del contratista.

Ejem.

7. CERTIFICACIÓN E INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA						
He contratado o vinculado a dos o más trabajadores asociados con la actividad que realizo						
7A. SOLICITUD DE DEDUCCIONES (Artículo 387 del Estatuto Tributario)						
MEDICINA PREPAGADA	NO	INTERESES POR CRÉDITO DE VIVIENDA		NO	DEPENDIENTES	SI
AUTORIZO DESCUENTO Y TRANSFERENCIA DE APORTES	POR VALOR DE	VALOR EN LETRAS	ENTIDAD FINANCIERA	NÚMERO DE CUENTA		
<small>En mi 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. Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y Ley 1813 del 29 de diciembre de 2016. Así mismo, los valores solicitados para deducción de la base gravable solo los estoy presentando a esta Entidad, no estoy haciendo uso de estas deducciones en ningún otro lado.</small>						
NOMBRE:	CARLOS ALBERTO VALDERRAMA PALACIOS		C.C	79,999,999	CORREO DE NOTIFICACIÓN:	valderramapalacios@ces.gov.co
					EXTENSIÓN	1234 CELULAR 3000370345

8. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR (Información del supervisor del contrato del contratista que está solicitando el pago)

- **SELECCIONAR:** Seleccionar de la lista desplegable el pago según corresponda.
 - Primer pago
 - Pago de avance (Segundo pago a penúltimo pago)
 - Pago final
 - Último pago por terminación anticipada o cesión.
 - Primer pago por contrato recibido en cesión.
 - Pago parcial por suspensión o reinicio del contrato.
- **NOMBRE:** Digitar nombre del supervisor del contrato.
- **CARGO:** Digitar el cargo del supervisor del contrato.
- **FECHA:** Digitar la fecha en la cual el supervisor está certificando el cumplimiento de las obligaciones por parte del contratista para el pago que se está solicitando. Esta fecha debe ser igual o posterior a la fecha de expedición del ítem 6 INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO (Formato fecha dd/mm/aaaa)

5. PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL				6. INFORMACIÓN SOPORTE DE PAGO							
Concepto	Plazo	Valor	Período	Fecha de pago	Factura No.	Fecha de expedición	Valor Mes Anterior de IVA	IVA	Total cubre del mes		
Salud		\$ 205,000			H08	01/06/2020	\$ 5,756,302.00	\$ 1,083,638.00	\$ 6,850,000.00		
Pensión	42556280	\$ 49,200	ABRIL	10/09/2020							
PSP											
ARL		\$ 8,600									
7. CERTIFICACIÓN E INFORMACIÓN POR PARTE DEL CONTRATISTA											
No contratado o vinculado a dar o a dar trabajadores asociados con la actividad que realiza <input type="checkbox"/> NO											
7A. SOLICITUD DE DEDUCCIONES (Artículo 387 del Estatuto Tributario)											
MEDICINA PREPAGADA	NO			INTERESES POR CRÉDITO DE VIVIENDA			NO			DEPENDIENTES	SI
AUTORIZO RESCUEÑO Y TRANSFERENCIA DE APORTES	POR VALOR DE		VALOR EN LETRAS	ENTIDAD FINANCIERA		NÚMERO DE CUENTA					
En mi 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, Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016. Así mismo, los valores solicitados para deducción de la base gravable solo los estoy presentando a esta Entidad, no estoy haciendo uso de estas deducciones en ningún otro lado.											
NOMBRE:	CARLOS ALBERTO VALDERRAMA PALACIOS			C.C.	79,999,723		CORREO DE NOTIFICACIÓN:			carlosvalderrama@paga.com.co	
							EXTENSIÓN:	1234	CELULAR:	3005979945	
En cumplimiento de la Ley 1819 de 2013 y el Decreto 1070 de 2013, los datos veraces que he suministrado, editados o manipulados, la información que solicito tener la Política de Tratamiento de los Datos Personales del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, a través del aplicativo SAGI.											
8. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO SUPERVISOR				TIPO DE PAGO							
En calidad de supervisor del contrato suscrito, 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 y cumplió con los aportes a salud, pensión y ARL. Por lo anterior, autorizo el pago por el valor indicado en el numeral 6 y que corresponde al contrato informado en el numeral 1. El desembolso se debe realizar a la cuenta bancaria indicada en el numeral 2 del presente documento.											
NOMBRE:	MARIANA IBARRA			FECHA		01/06/2020					
CARGO:	COORDINADORA DE FUNCIONAMIENTO										

9. ANEXOS PRESENTADOS CON LA CUENTA. (Información de los documentos anexos con la cuenta)

- **FACTURA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO se está entregando una factura con la cuenta. (No dejar en blanco)
 - **SOPORTE DE PAGO DE LOS APORTES OBLIGATORIOS A SALUD Y PENSIÓN:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO se está entregando la planilla de seguridad social con la cuenta. (No dejar en blanco)
 - **SOPORTE DE SOLICITUD DE DEDUCCIÓN POR MEDICINA PREPAGADA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO/ENTREGADO según el caso. (No dejar en blanco, debe estar acorde con el ítem 7ª SOLICITUD DE DEDUCCIONES)
- SI---** Se selecciona cuando se está solicitando por primera vez deducción por medicina prepagada y se anexa la certificación respectiva.
- NO---** Se selecciona cuando NO se está solicitando deducción de medicina prepagada.
- ENTREGADO----** Se selecciona cuando con anterioridad se entregó a la Subdirección Financiera la certificación de deducción de medicina prepagada.
- **SOPORTE DEDUCCIÓN DE INTERESES DE CRÉDITO DE VIVIENDA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO/ENTREGADO según el caso. (No dejar en blanco, debe estar

acorde con el ítem 7ª SOLICITUD DE DEDUCCIONES)

SI--- Se selecciona cuando se está solicitando por primera vez deducción por intereses de crédito de vivienda y se anexa la certificación respectiva.

NO--- Se selecciona cuando NO se está solicitando deducción de intereses de crédito de vivienda.

ENTREGADO---- Se selecciona cuando con anterioridad se entregó a la Subdirección Financiera la certificación de deducción de intereses de crédito de vivienda.

- **SOPORTE DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO/ENTREGADO según el caso. (No dejar en blanco, debe estar acorde con el ítem 7ª SOLICITUD DE DEDUCCIONES)

SI--- Se selecciona cuando se está solicitando por primera vez deducción por dependientes y se anexa la documentación respectiva.

NO--- Se selecciona cuando NO se está solicitando deducción por dependientes.

ENTREGADO---- Se selecciona cuando con anterioridad se entregó a la Subdirección Financiera la documentación de deducción por dependientes.

- **SOPORTE APOORTE DE AHORRO VOLUNTARIO EN PENSIONES:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco, debe estar acorde con el ítem 7ª SOLICITUD DE DEDUCCIONES)
- **SOPORTE APOORTE CUENTAS AFC:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco, debe estar acorde con el ítem 7ª SOLICITUD DE DEDUCCIONES)
- **ACTA DE INICIO/ACTA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
- **ACTA DE SUSPENSIÓN/ACTA DE REINICIO/CESIÓN** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
- **CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES DEL SISTEMA DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y PARAFISCALES EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso aplica para persona jurídica. (No dejar en blanco)
- **OTROS:** Seleccionar de la lista desplegable SI/NO según el caso. (No dejar en blanco)
- **CUAL?:** Si se marcó SI en otros, digitar el nombre del documento que se está anexando

7ª. SOLICITUD DE DEDUCCIONES (Artículo 387 del Estatuto Tributario)							
MEDICINA PREPAGADA	SI	INTERESES POR CRÉDITO DE VIVIENDA		NO	DEPENDIENTES		SI
AUTORIZO DESCUENTO Y TRANSFERENCIA DE APORTES	<input checked="" type="checkbox"/> POR Y <input type="checkbox"/> VALOR DE	VALOR EN LETRAS	<input checked="" type="checkbox"/> ENTIDAD FINANCIERA		NÚMERO DE CUENTA <input checked="" type="checkbox"/>		
En mi 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. Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016. Así mismo, los valores solicitados para deducción de la base gravable solo los estoy presentando a esta Entidad, no estoy haciendo uso de estas deducciones en ningún otro lado.							
NOMBRE:	CARLOS ALBERTO VALDERRAMA PALACIOS		C.C.	79.999.723	CORREO DE NOTIFICACIÓN:	carlos.valderrama@pmm.com.co	
					EXTENSIÓN	1234	CELULAR 3008970345
En calidad de supervisor del contrato 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 y cumplió con los aportes a salud, pensión y APL. Por lo anterior, autorizo el pago por el valor indicado en el numeral 6 y que corresponde al contrato informado en el numeral 1. El desembolso se debe realizar a la cuenta bancaria indicada en el numeral 2 del presente documento.							
NOMBRE:	MARIANA IBARRA			FECHA	01/06/2020		
CARGO:	COORDINADORA DE FUNCIONAMIENTO						
8. ANEXOS PRESENTADOS CON LA CUENTA							
FACTURA	NO	SOPORTE DEDUCCIÓN DE INTERESES DE CRÉDITO DE VIVIENDA	NO	SOPORTE APOORTE CUENTAS AFC	NO		
SOPORTE DE PAGO DE LOS APORTES OBLIGATORIOS A SALUD Y PENSIÓN	SI	SOPORTE DE SOLICITUD POR DEDUCCIÓN DE DEPENDIENTES	ENTREGADO	ACTA DE INICIO/ACTA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	NO		
SOPORTE DE SOLICITUD DE DEDUCCIÓN POR MEDICINA PREPAGADA	ENTREGADO	SOPORTE APOORTE DE AHORRO VOLUNTARIO EN PENSIONES		ACTA DE SUSPENSIÓN/ACTA DE REINICIO/CESIÓN	NO		
CERTIFICACIÓN DEL PAGO DE APORTES DEL SISTEMA DE SALUD, RIESGOS PROFESIONALES, PENSIONES Y PARAFISCALES EXPEDIDA POR EL REVISOR FISCAL O REPRESENTANTE LEGAL					NO		
OTROS	NO	CUAL?					

6. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN DEL DOCUMENTO QUE MODIFICA	VERSIÓN ACTUAL DEL DOCUMENTO	MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN
30 de junio de 2020	0	1.0	Creación

8. ELABORÓ, REVISÓ Y APROBÓ

Elaboró: CESAR AUGUSTO CACERES	Revisó: GERMÁN ALBERTO DIAZ PINTO	Aprobó: JORGE ALBERTO MORENO VILLARREAL
Cargo: Contratista	Cargo: Asesor	Cargo: Subdirector de Finanzas y Presupuesto
Firma: Fecha: 23 de junio de 2020	Firma: Fecha: 24 de junio de 2020	Firma: Fecha: 30 de junio de 2020