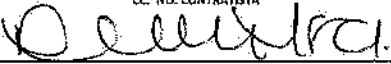


Falla Cert. Pension

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CO-OPS-FT-11 V6			
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	19-oct-21	Hasta:	31-oct-21			
Nombre del Contratista:	CARLOS EDUARDO GALINDO SARMIENTO		Cédula:	1033706565			
Correo Electrónico:	galindocarlos2470@gmail.com		Teléfono(s):	8505184187			
Nombre del Supervisor - Planta:	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ		Cargo:	DIRECTORA ADMINISITR	Código-Grado:		
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	NANCY MIREYA MORA SANCHEZ		Perfil:	PROFESIONAL ADMINISITR	No. CTO:		
DATOS DEL CONTRATO							
NO CONTRATO:	007549	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL:	2959		
PERFIL:	AUXILIAR DE MANTENIMIENTO						
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION ADMINISTRATIVA						
UNIDAD DE SERVICIOS:	TUHAL						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
REMUNERACION						Mostrar	
MANTENIMIENTO - INFRAESTRUCTURA	ADMINISTRATIVA	R035A				\$ 941.054	100,00%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 941.054		NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL CINCUENTA Y CUATRO PESOS				
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
FECHA INICIO CONTRATO:		19/10/2021		FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		30/11/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO
						1	Octubre
						2	
						3	
						4	
						5	
						6	
						7	
						8	
						9	
						10	
						11	
						12	
						13	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 2.270.376		\$ 2.270.376		\$ 941.054		\$ 1.329.322	
EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO							
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)				ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo establecidas en el plan anual de mantenimiento establecido por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. además de las actividades de mantenimiento localivo designadas por el área de Infraestructura y mantenimiento según cronogramas establecidos, entregando los trabajos con la calidad, tiempo y presupuesto espejado			Se realizan actividades en la unidad de Tuhal de acuerdo a los cronogramas		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
2	Cumplir satisfactoriamente 4 artículo 83 ley 1174 de 2011 5 numeral 1 de literal A) del Artículo 2 de la ley 1562 de 2012, con las actividades de traslados o mudanzas requeridas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			Se realiza traslados internos en la adecuación de la sede administrativa de acuerdo a lo indicado.		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
3	Responder por el buen manejo por la herramienta menor y equipos que se le entregue para el desarrollo de sus actividades, así como el uso adecuado y eficiente de los materiales entregados para las obras o mantenimientos programados.			Se da buen uso a la herramienta asignada para la realización de las diferentes actividades, adicionalmente se reporta cuando esta presenta algún tipo de falla. Referente a los materiales estos se utilizan de acuerdo a las diferentes necesidades de las unidades optimizando su uso al máximo.		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
4	Entregar los reportes de los trabajos realizados diariamente en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			Diariamente se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.		Los soportes son enviados a la oficina principal de infraestructura, en el archivo es esta reposa la información	
5	Transportar el equipo y materiales necesarios para realizar el trabajo indicado			Se realiza actividades en la adecuación de la Sede Administrativa para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos y de acuerdo al Plan de Mantenimiento.		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
6	Acatar las normas de seguridad y salud en el trabajo, ambientales establecidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			Se acude a la ULC programada por mantenimiento.		Se realiza el diligenciamiento, de la lista de asistencia la información, reposa en la oficina de Mantenimiento. Se hace entrega de la copia del pago de seguridad social.	
7	Acudir como primer respondiente en caso de fallas en tuberías o emergencias presentadas en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			Durante el periodo se atiende las actividades en la sede administrativa		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
8	Contar con los elementos de protección según se especifica en la norma actual vigente.			Durante el periodo se cumple con la obligación		Se hace entregada una copia de la planilla de pago de la seguridad social con el presente informe.	
9	Demás actividades asignadas por el Supervisor del contrato			Durante el periodo se atiende las actividades asignadas por el lider de infraestructura.		Se realiza el diligenciamiento del formato MAN-FT-03V-1. se envía registro fotografico con la evidencia de las actividades realizadas.	
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL							

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. - Oficina de Planeación y Desarrollo Urbano - Calle 26 No. 100 - Bogotá D.C.</small>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E			
		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			CO-OPS-ET-11 V6
PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL:		FECHA DE PAGO:		NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		PESOS			
ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR			
SALUD		FAMISANAR			
ARL	5	SURA	\$ 908.526		\$ -
CAJA DE COMPENSACION	NO				\$ -
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	ANORROS	NRO CUENTA
					550004800458285
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  CARLOS EDUARDO GALINDO SARMIENTO NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.033.708.565 CC. NO. CONTRATISTA  NANCY MIREYA MORA SANCHEZ NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN PROFESIONAL ADMINISTRATIVO </div> <div style="text-align: center;">  MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ NOMBRE DEL SUPERVISOR DIRECTORA ADMINISTRATIVA </div> </div>					

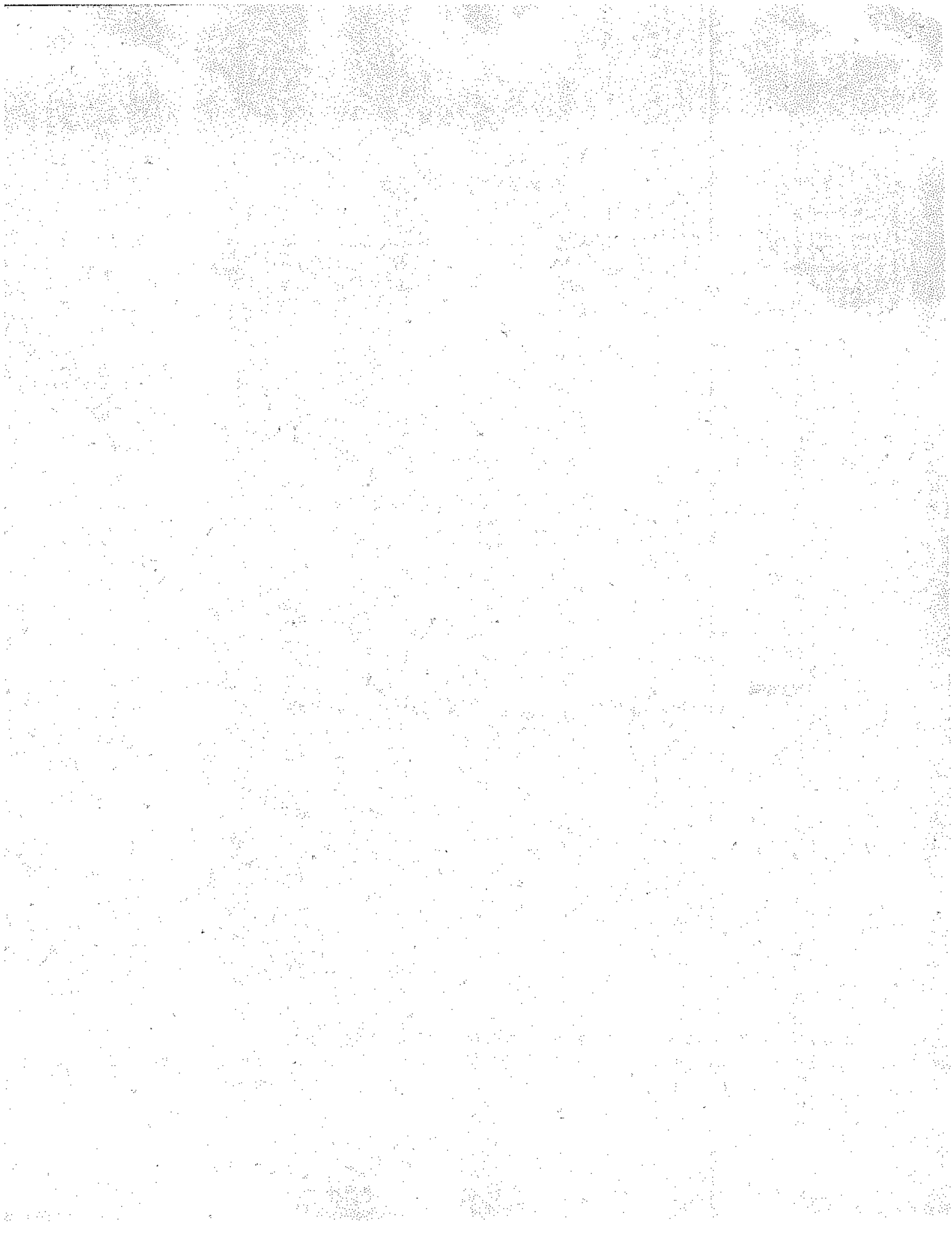
2021-10-12

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que CARLOS EDUARDO GALINDO con Cédula de Ciudadanía
número 1033706565 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
CUENTA DE AHORROS DAMAS	0550004800458285	\$0,00	---	\$0,00	\$0,00	\$0,00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.
La presente certificación se expide el 2021/07/08 en la ciudad BOGOTA





CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **CARLOS EDUARDO GALINDO SARMIENTO**, identificado(a) con CC **1033706565** Se encuentra afiliado a la EPS en el regimen **SUBSIDIADO** con la siguiente información:

Fecha de Activación de Servicios: **01/01/2017**

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**

Categoría:

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 22 días del mes de junio del año 2021.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES Y
DATOS PERSONALES SENSIBLES**

- SI NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? ☐ ☐
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? ☐ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? ☐ ☐
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? ☐ ☐
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? ☐ ☐
- Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? ☐ ☐

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promuevan intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del Afiliado:

Carlos Galindo S.

Nombres y Apellidos: Carlos Eduardo Galindo S.

Identificación: 1033706565

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo. Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

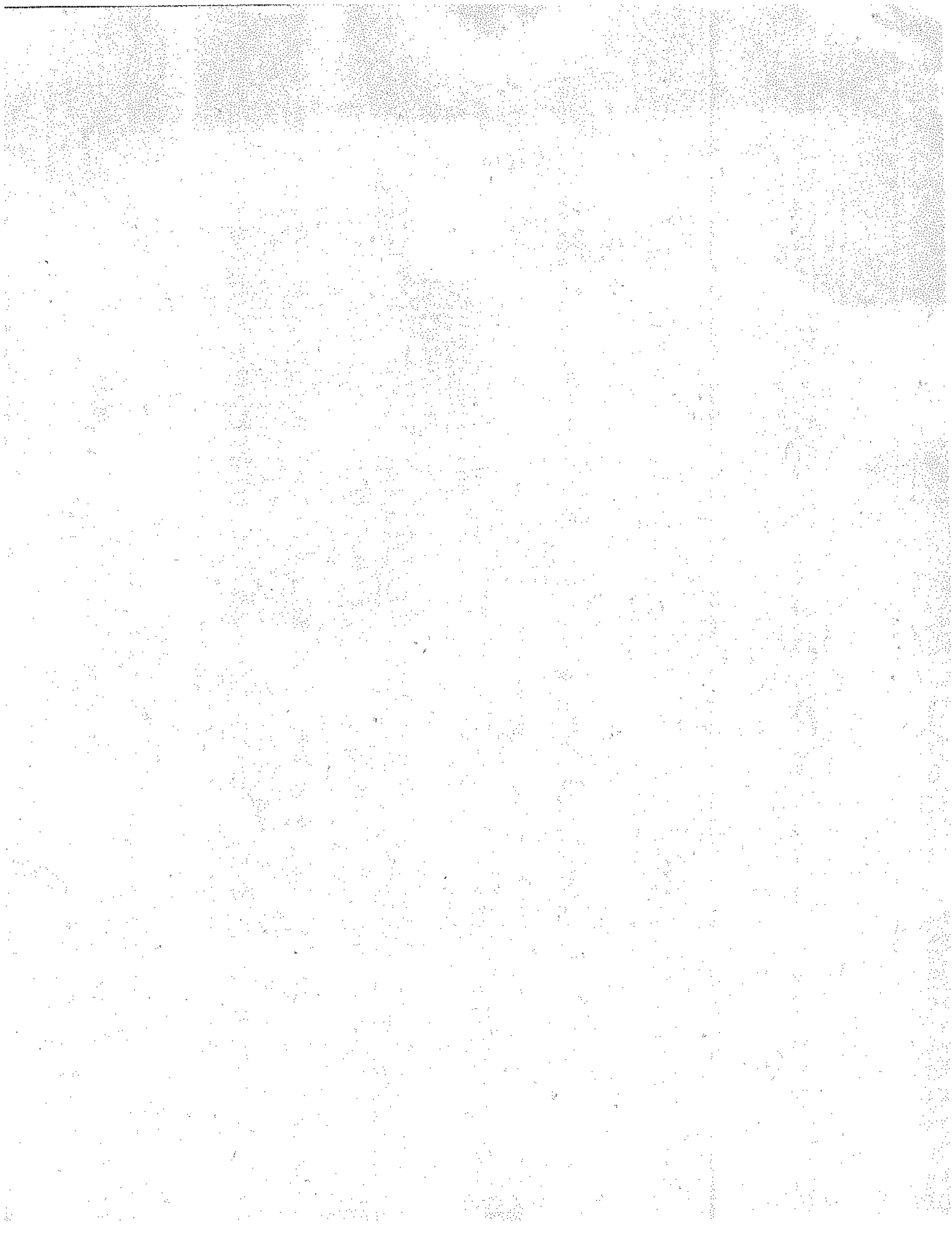
Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella



Medellín, 19 de octubre de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que CARLOS EDUARDO GALINDO SARMIENTO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033706565 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/10/2021

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
SUB RED SUR N900958564	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	
CLASE DE RIESGO: 3	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000004 - MANTENIMIENTO	
CLASE: 5	PORCENTAJE: 6,96%
TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 5851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A LOS CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON RADIODIAGNÓSTICO Y/O RADIOTERAPIA, CONSULTORIOS MÉDICOS Y/O ODONTO-LOGICOS CUYAS UNIDADES RADIOLOGICAS NO CUMPLEN CON LAS NORMAS DE RADIOPROTECCION VIGENTE	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 5742101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y ACTIVIDADES CONEXAS DE ASESORAMIENTO TECNICO INCLUYE SOLAMENTE EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE OBRA DE CONSTRUCCION, DIRECCION, DE OBRAS DE CONSTRUCCION, ARQUITECTURA, INGENIERIA Y AGRIMENSURA, EXPLOTACION Y PROSPECCION GEO-LOGICAS ASESORAMIENTO TECNICO CONEXO INCLUYE SOLAMENTE A EMPRESAS DEDICADAS A DISEÑO INDUSTRIAL Y DE MAQUINAS CON INTERVENCION DIRECTA EN LA OBRA	
CODIGO DE ACTIVIDAD: 5742101	
CLASE DE RIESGO: 5	PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 6,96%

Su pago lo debe realizar con riesgo 5 (6,96 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

- Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:
1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C11368879782129251339

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

19/10/2021 2:15 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3.

CERTIFICA QUE:

CARLOS EDUARDO GALINDO SARMIENTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.706.565**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Noviembre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

1. INFORMACION DEL CONTRATO					
NÚMERO CONTRATO:	7053-2020	LUGAR DE EJECUCION CONTRATO:	BOGOTÁ D.C.	CONVENIO/SUBRED SUIROTRO	CONVENIO 019-2020
OBJETO DEL CONTRATO:	Servicio de Transporte público terrestre automotor especial, en cumplimiento a los Convenios Interadministrativos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. S.E.				
NOMBRE DE CONTRATISTA:	UNION TEMPORAL CSC JHS SUR	NIT / C.C.:	901.439.193 - 7	TELÉFONO DE CONTACTO	3216103405
No. DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	2290	RESERVA PRESUPUESTAL	43644	RUBRO	3210306
VALOR DEL CONTRATO:	\$ 837.264.000	PLAZO DE EJECUCION INICIAL/FINAL	2 MESES	FECHA DE INICIO CONTRATO:	16/12/2020
ADICION NRO 1: VALOR	\$ 356.000.000	No. RESERVA PRESUPUESTAL	30/12/2020	FECHA DE RESERVA	3210306
ADICION NRO 2: VALOR	\$ 232.000.000	No. RESERVA PRESUPUESTAL	30/12/2020	FECHA DE RESERVA	3210306
ADICION NRO 3: VALOR	\$ 950.000.000	No. RESERVA PRESUPUESTAL	6/03/2021	FECHA DE RESERVA	421502060201.
ADICION NRO 4: VALOR	\$ 530.000.000	No. RESERVA PRESUPUESTAL	28/05/2021	FECHA DE RESERVA	421502060201.
NOMBRE SUPERVISOR:	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	CARGO Y AREA SUPERVISOR	DIRECTORA ADMINISTRATIVA	TELÉFONO DE CONTACTO	3208500508
NOMBRE APOYO TECNICO:	LUISA FERNANDA URUEÑA ADERO	CARGO Y AREA APOYO TECNICO	REFERENTE DE TRANSPORTE	TELÉFONO DE CONTACTO	3014144946

2. INFORME DE SUPERVISION					
2.1 RELACION DE FACTURAS O CUENTAS DE COBRO CORRESPONDIENTE AL PERIODO A CERTIFICAR					
PERIODO A CERTIFICAR (Desde - Hasta)	DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2021	NÚMERO FACTURA / CUENTA	FECHA EMISION FACTURACUENTA	FECHA RADICACION	CONCEPTO FACTURADO
		SUR52	2/09/2021	2/09/2021	Servicio de Transporte público terrestre automotor especial, en cumplimiento a los Convenios Interadministrativos suscritos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. S.E.
TOTAL VALOR FACTURADO					\$ 4.272.000,00

2.2 SEGUIMIENTO RELACION DE FACTURAS					
RELACION DE FACTURAS EJECUCION DEL CONTRATO					
FECHA FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	NÚMERO DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	No ENTRADA ALMACEN	VALOR DE FACTURA Y/O CUENTA DE COBRO	SALDO DEL CONTRATO	No. DE ORDEN DE PAGO
2/08/2021	SUR53	N/A	\$ 32.285.867,00	\$514.653.599,00	
29/07/2021	SUR38	N/A	\$ 141.798.800,00	\$372.854.799,00	
29/07/2021	SUR39	N/A	\$ 4.772.000,00	\$368.082.799,00	
29/07/2021	SUR40	N/A	\$ 4.772.000,00	\$363.810.799,00	
29/07/2021	SUR41	N/A	\$ 4.772.000,00	\$359.038.799,00	
29/07/2021	SUR42	N/A	\$ 4.672.000,00	\$354.366.799,00	
2/08/2021	SUR49	N/A	\$ 224.884.533,00	\$129.482.266,00	
2/08/2021	SUR50	N/A	\$ 19.070.400,00	\$110.411.866,00	
2/08/2021	SUR51	N/A	\$ 1.713.067,00	\$108.698.799,00	
2/08/2021	SUR52	N/A	\$ 4.272.000,00	\$104.426.799,00	
NOMBRE APOYO TECNICO:					
			C.C.	FIRMA:	VALOR A PAGAR: \$ 4.272.000,00
NOMBRE SUPERVISOR: MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ			C.C.62.261.493	FIRMA	VALOR EJECUTADO: \$ 2.800.837.201,00
RECIBIDO CUENTAS POR PAGAR:			FECHA:	FIRMA	SALDO POR EJECUTAR \$ 104.426.799,00

3. VERIFICACION DE COSTOS					
UNIDAD	CENTRO DE COSTO	VALOR	CENTRO DE COSTO	VALOR	UNIDAD

NOTA: DE SER NECESARIO ADJUNTAR RELACION CON CENTROS DE COSTOS

NOTA: SE PAGA EL 100% DEL VALOR ACORDADO SI EL CUMPLIMIENTO GLOBAL ES MAYOR AL 90%. SI ES MENOR DEL 90% SE PAGARÁ PROPORCIONAL AL O EJECUTADO