CINDE FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CUENTA DE COBRO	MES	AÑO	NUMERO
	Febrero	2022	1 de 15

FUNDACION CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO - CINDE **NIT: 860.051.550-8**

DIRECCIÓN: Calle 77 Sur 43A – 27 Sabaneta-Ant **TELÉFONO: 4448424**

DEBE A:

NOMBRE:	**LAZO TORRES CARMEN HELENA**				
	NO RESPONSABLE DE IVA				
CEDULA O NIT:	34562450	**DV**	6	**EXPEDIDA EN:**	**POPAYÁN**
DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CRA. 21 # 19-45 APTO 1401 edif. La Pequeña Italia, San Francisco, Bucaramanga - Santander			**TELÉFONO RESIDENCIA:**	607-6327017
CONCEPTO:	Prestación de Servicios Profesionales (LA CONTRATISTA se obliga a prestar sus servicios a CINDE como Gestor gráfico y de procesos visuales innovadores en el marco del Proyecto de Inversión identificado con código BPIN 2020000100632 denominado “Fortalecimiento de capacidades de CTeI para la innovación educativa y el enriquecimiento de los ambientes en educación básica y media en instituciones oficiales rurales y urbanas de Medellín”), correspondiente al contrato No. CO1.PCCNTR.3569446				
VALOR:	$3.697.287				
VALOR EN LETRAS:	Tres millones seiscientos noventa y siete mil doscientos ochenta y siete pesos Moneda Legal y Corriente				

He contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad:
SI ___ NO _X__

FIRMA: 

CÉDULA No.
34562450

Medellín, Febrero 28 de 2022

Señores
FUNDACION CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACION Y DESARROLLO HUMANO - CINDE
La ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente por renta y certificación de calidad de declarante del citado impuesto.

1. De manera atenta, y de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizó al sistema de seguridad social por el(os) contrato(s) Nro(s). CO1.PCCNTR.3569446

Para tal efecto **CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

2. Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al SGSS, corresponden a ingresos provenientes de la prestación de servicios de manera personal del contrato materia del pago sujeto a revisión.

3. El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el pago del mes de (febrero) de 2022.

4. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla Nro (Para este mes se adjunta certificados de afiliación salud, pensión y riesgos), la cual adjunto corresponden a este contrato.

5. El monto para disminuir la base de Retención en la fuente por concepto de Salud y Pensión, sin intereses de mora es:

SALUD	$	N/A
PENSIÓN	$	N/A
ARL	$	N/A
TOTAL	$	N/A

6. Para efecto de determinación de la tarifa de la retención en la fuente por renta aplicable a los pagos del citado contrato, CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO que cumplo con los topes establecidos para SI____ NO __x___ ser DECLARANTE por el año gravable 2021.

Atentamente,

FIRMA:



____ _____

NOMBRE: Carmen Helena Lazo Torres
DOCUMENTO: 34562450

Bucaramanga, 2 de marzo de 2022

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, **CARMEN HELENA LAZO TORRES**, identificada con C.C. 34.562.450 de Popayán, a nombre propio y bajo la gravedad de juramento declaro que mi hijo **JULIÁN FELIPE GONZÁLEZ LAZO** con T.I. 1.058.933.363, es dependiente económico de mí.

La presente declaración juramentada se expide a los dos (2) días del mes de marzo de 2022, con el objeto de ser avalada en los procesos de deducción de retención en la fuente.

Firma,



CARMEN HELENA LAZO TORRES

C.C. 34’562.450 de Popayán

DIRECCION: Cra. 21 # 19-45 apto. 1401, Edificio La Pequeña Italia, San Francisco.

CIUDAD: Bucaramanga, Santander.

TELEFONO CELULAR: 3164941375

CORREO ELECTRONICO: ch_lazo@yahoo.com

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007770732	0|2|0|2|2|0|2|2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☒
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
LAZO Primer apellido	TORRES Segundo apellido	CARMEN Primer nombre	HELENA Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	34562450	Femenino ☒ Masculino ☐	3|1|0|5|1|9|7|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1478915

18.Residencia

CL 59 N 22 24 **Dirección**	**Telefono fijo**	3187008400 **Telefono celular**	CH_LAZO@YAHOO.COM **Correo electronico**
MANIZALES **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	CALDAS **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	GONZALEZ	LAZO	DANIEL	ANDRES
B2	GONZALEZ	LAZO	JULIAN	FELIPE
B3	GONZALEZ	LAZO	ANDREA	CATALINA
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1	CC	1005259144		☒	1|5|0|1|2|0|0|3
B2	TI	1058933363		☒	2|7|0|1|2|0|0|8
B3	TI	1097490146	☒		0|7|0|2|2|0|0|5
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo				
			F	N	M	T	P
B1	HI	6					
B2	HI	6					
B3	HI	6					
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1	MANIZALES	☒		CALDAS		
B2	MANIZALES	☒		CALDAS		
B3	MANIZALES	☒		CALDAS		
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PALMAS - VS PALMAS	VSPALMAS - VSPALMAS
B 0	-	-
B 0	-	-
B 0	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CARMEN HELENA LAZO TORRES	CC	34562450	01

39.Ubicación

CL 59 N 22 24 Dirección	3187008400 Teleéfono	CH_LAZO@YAHOO.COM Correo electrónico	MANIZALES Municipio/distrito	CALDAS Departamento

No de Radicacion
4007770732

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☒ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☒ **14.** Traslado: ☒ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|1|0|2|2|0|2|2

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
EPSS16	5	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☒ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: | | | 2 | 2 | | | | | | | Total: 4

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
LAZO	TORRES	CARMEN	HELENA

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
34562450	RC TI [X] CE PA	AA 1972 MM 05 DD 31	M [X]	AA 2022 MM 02 DD 02

Apreciado usuario: La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la carta de desempeño son unas importantes herramientas de consulta para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y, por supuesto, los canales de comunicaciones con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? [X] NO
2. ¿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? [X] NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? [X] NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? [X] NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? [X] NO

Con su aprobación para el envío de información por medios electrónicos, usted recibirá nuestras comunicaciones relacionadas con novedades de su afiliación y/o de alguno de sus beneficiarios, recordatorio de citas médicas, adicionalmente le remitiremos información de campañas, planes de promoción y prevención diseñados para su bienestar y el de su grupo familiar y en general todo lo que impacte en el cuidado de la salud.

"Yo: CARMEN HELENA LAZO TORRES identificado con el documento de identidad número: 34562450, SI [X] NO autorizo a Salud Total EPS a enviarme información vía email y/o medios electrónicos.

Firma Cotizante: _____

www.saludtotal.com.co
Línea local en Bogotá 4854555
Línea gratuita de atención al cliente 018000114524
Síguenos en Salud Total EPS. Oficial

Tu salud no es a medias debe ser total

SaludTotal EPS

Huella digital
(en caso de no saber firmar)

F309-RVA V1.0-2013

FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO - CINDE
INFORME MENSUAL CONTRATISTAS

Información del cobro	
Valor del contrato	$55.459.300,00
Valor mes	$3.697.287,00
Valor acumulado	$2.000.000,00
Saldo a favor	$49.762.013,00

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CARMEN HELENA LAZO TORRES	CONTRATO N°	CO1.PCCNTR.3569446
CARGO	GESTOR GRÁFICO	PERIODO DEL INFORME	FEBRERO
PROYECTO	Proyecto de Inversión identificado con código BPIN 2020000100632 denominado "Fortalecimiento de capacidades de CTeI para la innovación educativa y el enriquecimiento de los ambientes en educación básica y media en instituciones oficiales rurales y urbanas de Medellín"		

ACTIVIDAD DEL PROYECTO	AVANCES EN LAS ACTIVIDADES EN EL PERIODO	FUENTES DE VERIFICACIÓN	VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
0. Alistamiento institucional	- Se participó activamente en reuniones de formación especificas que pretenden generar conocimiento sobre el proyecto 632. '- Se diseñaron los formatos del Proyecto. - Se Desarrolló la imagen del proyecto. - La triada del equipo de comunicaciones diseña e implementó el manual de uso de información y repositorios.	ANEXO_ACTA_20220202_PRESENTACION DE EQUIPO_ROLES ACTA_20220208_PROCESO_APROPIACION_SOCIAL_CTEI ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES ANEXO_20220214_MANUAL_USO POLITICA_USO_Y_CUSTODIA_INFO_V2	✓	
1.1.1. Realizar espacios formativos con niños, niñas y jóvenes	Se generará contenido visual en los talleres formativos. Se apoyará en la construcción de toda la imagen gráfica de la plataforma.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
1.1.2 Generar ejercicios audiovisuales con los niños, niñas y jóvenes.	Se propuso inicialmente linea grafica del proyecto. Se estudian posibles formatos para la ejecución de cápsulas en Youtube, se implementará la interfaz corporativa del proyecto incluyendo créditos.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES 9_FORMATOS	✓	
1.1.3. Divulgar libro del proceso de investigación	A partir de los procesos de investigación, se diseñará y diagramará el libro.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
1.1.4 Actividad Realizar administración	A partir de necesidades del proyecto para evidenciar los procesos ante los entes participantes se diseñaron formatos (acta, listado asistencia presencial y virtual avalado por coordinación nacional de Comunicaciones Cinde, presentación ppt) que cumplen con los requisitos y necesidades de los participantes en el proyecto, para efectos de diligenciamiento durante los 18 meses de ejecución del contrato.	9_FORMATOS ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
2.1.1 Realizar talleres experienciales.	Se apoyará a nivel gráfico en taller experiencial: presentaciones ppt, infografías. Se aportarán ideas creativas desde lo visual / gráfico. Se concertará gráficamente la interfaz, secuencialidad, desarrollo gráfico-visual.	ACTA_20220202_PRESENTACION_DE_EQUIPO ANEXO_ACTA_20220202_PRESENTACION DE EQUIPO_ROLES ANEXO_ACTA_20220202_ROLES DEL EQUIPO ASISTENCIA_20220202_PRESENTACION DE EQUIPO ACTA_20220207_REUNIÓN_CONTEXTO_GENERAL_DEL_PROYECTO	✓	
2.1.2. Realizar curso virtual en metodologías activas	Se generará contenido visual que complemente el curso. Se articularán los demás productos realizados en el proyecto en aras de que se muestre todo el contenido en el mural digital. Se planteará diseño de interfaz, elementos gráficos, íconos, todo dentro de la línea gráfica establecida inicialmente.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
2.1.3. Formar en ambientes educativos diferenciales	Se aportará a la planificación del curso de ambientes educativos diferenciados centrado en la perspectiva de género y generación. Se diseñará a partir de información siguiendo la línea gráfica del proposito del proyecto, los recursos gráficos que aporten al desarrollo del curso.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
2.1.4. Realizar evento de certificación de los docentes	Con la línea gráfica definida y establecida al inicio de la ejecución del proyecto, se diseñarán los certificados de participación para los docentes. Meses:9-10.	9_FORMATOS vobo comunicaciones formatos.jpg	✓	
3.1.1. Desarrollar laboratorio de aprendizaje combinado	Apoyo en Diseño gráfico del contenido del laboratorio de aprendizaje	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
3.1.2. Realizar ejercicios creativos con niños, niñas y jóvenes	Se presentó el Plan de Comunicaciones donde se socializaron los procesos comunicacionales y productos del proyecto.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
3.1.3. Desarrollar proceso de microinvestigación	Se diseñó linea gráfica del proyecto para socializaciones oficiales. Apoyo en el desarrollo de la campaña audiovisual de expectativa de reconocimiento y consolidación de identdidad del proyecto. Se participa en reuniones con equipo de mediación pedagógica para sopore gráfico en los procesos de comunicación. Se apoya a nivel visual / gráfico, infografías, entre otras.	ACTA_20220208_PROCESO_APROPIACION_SOCIAL_CTEI 9_FORMATOS	✓	
3.1.4. Presentar ponencias nacionales e internacionales	En articulación con la comunicadora y la coordinación de proyecto, se pone a disposición en las diferentes piezas comunicacionales que requiera el evento de ponencias (poster, presentaciones, entre otros). En los meses 12-15.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
3.1.5. Realizar evento de socialización de resultados	Se diseñarán las piezas gráficas de protocolo para el evento según línea gráfica desarrollada para el proyecto.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES	✓	
3.1.6. Realizar administración	Apoyo en el diseño de formatos de ser requerido.	ACTA-20220215_CUSTODIA_DE_INFO_FORMATOS_INICIALES 9_FORMATOS	✓	
3.1.7. Realizar supervisión			✗	

Pago de seguridad social	Período Pagado	Número de Planilla	Planilla
	XXX	XXX	XXXX
Valor pagado en Salud			
Valor pagado en Pensión			
Valor pagado en Riesgos			
Total Valor pagado	$0,00		

ELABORADO POR:
Nombre: Carmen Helena LazoTorres
FIRMA DEL CONTRATISTA

REVISADO POR:
FIRMA EQUIPO DE ADMINISTRACIÓN

APROBADO POR:
Nombre: XXX
FIRMA COORDINADOR DEL PROYECTO