

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

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**DIEGO ANDRES ALEJO TORRES, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.000.577.355, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Julio del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de 



nu

## Certificado para recibir el pago de tu nómina en Nu

Este documento incluye todos los datos para que el titular reciba el pago de su nómina en la Cuenta Nu, Este certificado es proporcionado por un establecimiento de crédito vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia: Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.

### Datos del titular

- **Nombre:** Diego Andrés Alejo Torres
- **Identificación (Tipo - Número):** CC-1000577355

### Datos de la cuenta de ahorros

- **Número:** 88124501
- **Estado:** Activa

### Datos de Nu:

- **Código ACH:** Si se requieren 4 dígitos, utiliza 1809. Si se requieren 3 dígitos, utiliza 809.
- **RUT:** [Enlace a documento](#)
  - **Razón social:** Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.
  - **Sigla:** Nu ó Nu Financiera
  - **NIT:** 901658107 2
  - **Tipo de contribuyente:** Persona Jurídica
  - **País:** Colombia
  - **Ciudad/Municipio:** Bogotá D.C.
  - **Dirección:** Cr 11 79 66 Ed SPACES 80 once P 2
  - **Correo electrónico:** oficiosautoridades@nu.com.co
  - **Actividad económica:**  
**Código:** 6422

### Datos de existencia y representación legal

- **Autorización de funcionamiento:** Resolución S.F.C. 2324 del 28 de diciembre de 2023
- **Representación legal:** [Enlace a documento](#)

Esta certificación fue expedida el 21 de julio de 2025 a solicitud del titular.

Nu garantiza que la información proporcionada es auténtica y se utiliza correctamente según las normas establecidas para la Cuenta de Ahorros Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

BOGOTA, Septiembre 2 de 2025

Señor:

ALEJO TORRES DIEGO ANDRES

CC. 1000577355CL 66 A N 18 33 - 2999999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 12 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
ALEJO TORRES DIEGO ANDRES	1000577355	C	Sep-12-2024	27	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIEGO ANDRES ALEJO TORRES	1000577355	Trabajador Independiente	VIGENTE
EMTELCO SA	1000577355	Dependiente	VIGENTE
LIDERES COLOMBIA S A S	1000577355	Dependiente	CERRADO
MOVIL STAR SAS	1000577355	Dependiente	CERRADO
OFERTA LABORAL SAS	1000577355	Dependiente	CERRADO
SALESLAND COLOMBIA SAS	1000577355	Dependiente	CERRADO
SU SERVICIO INMEDIATO SAS	1000577355	Dependiente	CERRADO

### CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Medellin, 24 de agosto de 2025

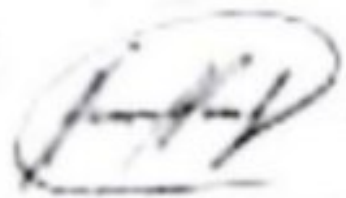
**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN - ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que **DIEGO ANDRES ALEJO TORRES** identificado(a) con **C1000577355** se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: **C10005773552523678977**

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

REPRESENTACIONES FINANCIERAS  
DE COLOMBIA

**VIGILADO**

Dirección IP 10.205.28.19

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000577305	DIEGO ANDRÉS ALEJO TORRES		Calle 66 # 18 n 33 Sur	7777777	diegoalejo007@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
LNCA	1 - Involuntario			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	8104852	\$441.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Menoridad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0	0	0	4	500	0	178.500	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
230301	Pension	806224808-6	227.800	0	0	0	0	4	800	0	228.600	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										
14-11	ARL SLRA	890303790-5	34.700				34.700	4	100	34.800			347	34.800	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
<b>SENA</b>				
0	4	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	4	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.600
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>441.700</b>

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000577305	DIEGO ANDRÉS ALEJO TORRES		Calle 66 # 18 n 33 Sur	7777777	diegoalejo007@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
LNCA	1 - Involuntario			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	8104852	\$441.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN BOVEDORES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres										Cód. AFP	MC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	MC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	MC ARL	Cotización	Cód. CCF	MC CCF	Aporte CCF	MC otros parafiscales	Aporte SENAL	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	1000577305	ALEJO TORRES DIEGO ANDRÉS										230301	1.401.900	227.800	0	0	0	0	EP002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	4	34.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

**DATOS DEL CONTRATISTA**

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		<b>CC:</b>	1000577355	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	DIEGOoALEJOO007@GMAIL.COM		<b>TELÉFONO:</b>	3112364696	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 66 18N 33 SUR		<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DE BOGOTA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	450299359

**DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 6159 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.500.008
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	2025/08/06	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	2025/11/30
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



*DIEGO ANDRES ALEJO TORRES*  
*PS\_6159\_2025\_8143B8*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**

**DIEGO ANDRES ALEJO TORRES**

**CC: 1000577355**

**CEL: 3112364696**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DIEGO ANDRES ALEJO TORRES

CON C.C N°

1.000.577.355

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 6159 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2025/08/06

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

2.166.674

No. HORAS EJECUTADAS

184

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

9.583.348

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.500.008

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

CUATRO (4) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

ITEM

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO  
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1

SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).

2

" REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO"

3

ESTABLECER LA PRIORIDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)

4

REALIZAR NOTIFICACION A LIDER OPERTIVO DE VACUNACION PARA CONFIRMAR EL ESQUEMA Y REALIZAR LA GESTION PERTINENTE PARA GARANTIZAR QUE EL PACIENTE TENGA SU ESQUEMA COMPLETO

5

No. De llamadas realizadas cuando aplique

6

REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTA COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRALSTAL

7

ASISITIR A CLOS COMITES DE CUIDADO Y FORTALECIMIENTO MENSUALES, Y CAPACITACIONES PROGRAMADOS EN LA RESOLUCION 1499

8

"REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAL IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES, TALES COMO: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RIESGOS MATERNO-PERINATALES SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABANDONO CONDICIONES DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD, DE USUARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN TERRITORIO O EN INSTITUCIÓN, COMO PARTE DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. APLICACION INSTRUMENTOS BÁSICOS DE VALORACIÓN, SEGÚN GRUPO ETARIO (NIÑOS, ADULTOS, GESTANTES, PERSONAS MAYORES), OBSERVANDO SIGNOS CLÍNICOS, CONDICIONES DEL ENTORNO Y ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES. REALIZAR LA REMISIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, MEDICINA O PSICOLOGIA, SEGÚN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS, DEJANDO EVIDENCIA DEL RIESGO IDENTIFICADO Y DE LA ACCIÓN TOMADA. REGISTRÉ LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO INSTITUCIONAL (GTAPS), GARANTIZANDO TRAZABILIDAD, CALIDAD DEL DATO Y FACILITANDO EL SEGUIMIENTO DEL CASO POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTA ACTIVIDAD CONTRIBUYE A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS, INTERVENCIÓN OPORTUNA, Y AL CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, PROMOVRIENDO EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO."

9

N/A

10

SE REALIZAN ACTIVIDADES EN TERRITORIO, VALORACION INTEGRAL, EDUCACION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DERIVACIONES A LOS DIFERENTES PERFILES SEGÚN NECESIDAD Y REQUERIMIENTO DEL PACIENTE POR MEDICINA, PROFESIONAL ENFERMERIA Y PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL

11

Según promgacion y asignacion de brigadas

"SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL LAS CUALES SON ATENCIONES INTEGRALES BASADAS EN RESOLUCIÓN 3280/2018 DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS CARGUE DE USUARIOS APLICATIVO GTAPS NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA ATENCIÓN INDIVIDUAL CON CALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD ADULTEZ Y VEJES Y GESTANTES

12 REALIZAR LAS DERIVACIONES SEGÚN CORRESPONDA LA NECESIDAD DEL USUARIO LAS CUALES PUEDEN SER VALORACIÓN POR MEDICINA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL ENTRE OTROS GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLE BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. "

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.***

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		X
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		X
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		X
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		X
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-11-01) AL (2025-11-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 91046652	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/11/18	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/18	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 34.676
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.373</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

**VII. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <p><b>DIEGO ANDRES ALEJO TORRES</b> PS_6159_2025_8143B8</p> <hr/> <p><b>DIEGO ANDRES ALEJO TORRES</b> CC: 1000577355</p>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	<hr/> <p><b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>