

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS
No. Identificación: CC1013641806
Dirección: CLL66#18N71SUR
Telefono: 5162111
Correo: kateringuerrea16@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 92746084

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1013641806	Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Número de planilla	92746084	Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Fecha pago	2026-07-14	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	2259618	Total Pagado	546700
Banco	1083	Total Intereses de Mora	4900

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	43100	1
230301	Porvenir	282700	1
EPS002	Salud Total EPS	220900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013641806
APELLIDOS Y NOMBRES: LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Practi

Comprobante de Pago

Id de Transaccion:1097494895,

Fecha:2026-07-11 10:01:03,

Producto:Facturas

Numero:3197594019

Monto:\$546,700

Respuesta:Pago Exitoso

Codigo autorizacion:150250156

Nota:

Banco:Colpatria

Tipo Transaccion:Recaudo

Factura

Codigo Convenio:0344

Nombre

Convenio:COMPENSAR MI

PLANILLA

Referencia 1:8392746084

Valor Transaccion:546,700

Costo Transaccion:0

Total:546,700

terminal:295220

comercio:15034

ciudad:chia

direccion:km 32 cajica chia

Codigo Auth:137121

Id Transaccion:150250156

Url:<https://recargas.practisistemas.com/60f6794965985d4b>

Reenviar SMS

Vuelva Pronto! Gracias.

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS			CC:	1013641806
CORREO ELECTRÓNICO:	KATERINGUERRA16@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3197594019
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 66 SUR 18 71			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488453221886
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 3742 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 2.980.800	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/04/09	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30				
 LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS PS_3742_2026_A4BCBB NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS CC: 1013641806 CEL: 3197594019					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS

CON C.C N° 1.013.641.806

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EN TU HOGAR
----------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3742 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/04/09
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 11.227.680	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.227.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTRES (23) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

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	1.OBLIGACION: REALIZAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN DIRECTA E INDIRECTAMENTE DEL OBJETO CONTRACTUAL EN LAS UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ASIGNADAS DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES. 1.1 ACTIVIDA: DESARROLLE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR LA LIDER OPERATIVA APS 1.2 EVIDENCIA: ENTREGUE ACTAS DE PARTICIPACIÓN EN CADA UNO DE LOS FORTALECIMIENTOS E INDUCCIONES GENERALES.
2	2.OBLIGACION: REALIZAR LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE MI PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED Y/O ACTUALIZACIONES QUE CORRESPONDAN.2.1 ACTIVIDA: DESARROLLE LA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DEL DOCUMENTO OPERATIVO, FICHA TECNICA APS SOCIAL Y FICHA TECNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS. 2.2 EVIDENCIA: ENTREGUE EL ACTA A LA LIDER OPERATIVA CON FECHA ACTUAL.
3	3.OBLIGACION: ENTREGAR AL SUPERVISOR UNA VEZ FINALICE EL CONTRATO LOS ARCHIVOS FÍSICOS, MAGNÉTICOS, INSUMOS BIOMÉDICOS Y DOTACIÓN QUE SE HUBIEREN GENERADO Y/O ENTREGADO DURANTE SU EJECUCIÓN. 3.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y SE RECIBIO EL CARNET INSTITUCIONAL Y CHAQUETA 3.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y FIRME ACTA DE RECEPCIÓN DE CHAQUETA.
4	4.OBLIGACION: REALIZAR EL PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1955 DE 2019 PLAN DE DESARROLLO 2018 2022, EN SU ARTÍCULO 336 DEROGO ESTOS PRECEPTOS Y EN SU LUGAR ENTRO A REGIR EL ARTÍCULO 244 DE LA MISMA NORMA, RATIFICANDO LO DISPUESTO EN LA LEY 1753 DE 2015, Y DEMÁS NORMAS QUE LO REGLAMENTEN, COMPLEMENTEN O SUSTITUYAN. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTA OBLIGACIÓN O LA FALSEDAD EN LA MISMA SERÁ CAUSAL DE INCUMPLIMIENTO Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO, PARA LO CUAL SE DARÁ TRAMITE AL PROCESO PERTINENTE DE CONFORMIDAD CON EL MANUAL DE CONTRATACIÓN Y ACCIONES LEGALES A QUE HAYA LUGAR. 4.1 ACTIVIDAD: REALICE EL PAGO DE MI SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DEL MES CORRESPONDIENTE 4.2 EVIDENCIA: SUBO SOPORTE DE PLANILLA LIQUIDADADA.
5	OBLIGACION: DESARROLLAR EL PLAN DE BIENESTAR ACORDE A CRITERIO DE PRIORIZACIÓN Y A LAS CLARIDADES TÉCNICAS, OPERATIVAS Y METODOLÓGICAS RELACIONADAS EN LAS FICHAS TÉCNICAS. 5.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE MIS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL LINEAMIENTO TECNICO OPERATIVO CON CRITERIOS DE CALIDAD 5.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y CARGUE MIS ENTREGABLES EN LA CARPETA DE VACUNACIÓN Y DRIVE COMPARTIDAS POR LA LIDER OPERATIVA APS.
6	OBLIGACION: REALIZAR LA PLANILLA DE LAS FAMILIAS CON LAS QUE SE INICIAN LOS PLANES DE BIENESTAR FAMILIAR O EL FORMATO DE DISENTIMIENTO DE LAS FAMILIAS QUE RECHAZAN LA INTERVENCIÓN Y VERIFICAR EL ARCHIVO PLANO DE RUTEO, DONDE SE EVIDENCIE LA GESTIÓN FINAL DEL CASO. 6.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE SEGUIMIENTO TELEFÓNICOS A LA BASE DE SARAMPION VERIFICACIÓN DE CARNET SI YA TENÍAN ESQUEMA COMPLETO O SE PROSEDIA A LLAMAR PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE PUNTO DE VACUNACIÓN 6.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y SE CARGO LA BASE ACTUALIZADA EN EL DRIVE COMPARTIDO CON LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.
	7. OBLIGACION: REALIZAR LOS TAMIZAJES REQUERIDOS POR EL PERFIL DE ACUERDO CON LAS FICHAS TÉCNICAS (APGAR, EPOC, OMS, FINDRISC, REJILLAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO RESOLUCIÓN 2465 Y 3280, COPE 28, SRQ, RQC, WHODAS, ZARIT, BARTHEL Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL) SEGÚN APLIQUE. 7.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y VERIFIQUE QUE PARA MI PERFIL NO SE APLICAN TAMIZAJES, SE APLICÓ EN LA VALIDACIÓN DE BASES EL ESQUEMA PAI REGULAR E INCOMPLETO

7	7.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y SE CUENTA CON EL ESCANER DE LOS SISS Y LA MATRIZ PAI.
8	OBLIGACION: CANALIZACIONES Y SEGUIMIENTO DE ACUERDO CON LA NECESIDAD Y EL RIESGO IDENTIFICADO EN LAS FAMILIAS. 8.1 ACTIVIDAD: NO REALICE LAS ACCIONES DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO, 8.2 EVIDENCIA: PARA ESTE PERIODO NO SE NOTIFICARON Y NO SE REALIZARON CANALIZACIONES
9	OBLIGACION: REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA UNIDAD RESOLUTIVA MÁS CERCANA DEL USUARIO ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 9.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE: SE DIRECCIONO A LOS PUNTOS MAS CERCANOS ALOS USUARIOS QUE TENIAN PENDIENTES ESQUEMA DE VACUNACION. 9.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y REALICE SEGUIMIENTO TELEFONICO A LOS USUARIOS QUE TIENEN EL ESQUEMA INCOMPLETO Y SE LES BRINDO LA INFORMACION SOBRE LA VACUNA PENDIENTE Y SE EXPLICA PUNTO DE VACUNACION MAS CARCANO.
10	OBLIGACION: REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS DE SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD. 10.1 ACTIVIDAD: NO APLICA PARA MI PERFIL 10.2 EVIDENCIA: NO APLICA PARA MI PERFIL
11	OBLIGACION: REALIZAR EL CARGUE AL APLICATIVO GTAPS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LA INFORMACIÓN DE LAS FAMILIAS VISITADAS EN EL CONVENIO EQUIPOS MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS. 11.1 ACTIVIDAD: NO APLICA CARGUE EN GTAPS PARA MI PERFIL, COMO VACUNADORA NO REALICÉ EN EL APLICATIVO, CARGUE ESTE MES DILIGENCIA EN EL DRIVE LAS ACCIONES.11.2 EVIDENCIA: DE ACUERDO A LAS ACCIONES REALIZADAS NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA LAS NOTIFICACIONES DE ESTE MES.
12	.OBLIGACION: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 12.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y CUMPLI CON CALIDAD EN TODAS MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES 12.2 EVIDENCIA: ENTREGUE SOPORTES CON CALIDAD A LA LIDER OPERATIVA.
13	.OBLIGACION: CUMPLIR CON ACTIVIDADES Y/O PRODUCTOS PROGRAMADOS Y ASIGNADOS CON LA CALIDAD DE DATOS (INTEGRIDAD, OPORTUNIDAD, CONSISTENCIAS, EXACTITUD) DESDE SU PERFIL PROFESIONAL Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS QUE HAGAN PARTE DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS. 13.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR LOS JEFES OPERATIVO DE PAI , SE ESCANEARON SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN SE SUBIERON A LA CARPETA CON CALIDAD 13.2 EVIDENCIA: ENTREGUE CARPETAS Y SUBI AL DRIVE CON SOPORTE.
14	.OBLIGACION: REALIZAR REVISIÓN Y RESPONDER POR LOS FORMATOS DE CAPTURA, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS A LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO MÁS BIENESTAR EN TU HOGAR. 14.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE LA INFORMACIÓN DESCRITA POR JEFES OPERATIVO POR LOS DE PAI REALICE LOS SOPORTES Y CARGUE AL DRIVE DE ESCANER SISS, Y CARNETS DE VACUNACIÓN 14.2 EVIDENCIA: ENTREGUE BASE DE DRIVE SARAMPION Y BASE MATRIZ PAI.
15	OBLIGACION REALIZAR CARGUE Y ENTREGA DE CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS, POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, CON LA CALIDAD REQUERIDA. 15.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE MI CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL ACORDE A MI FECHA DE INGRESO Y ACTIVIDADES REALIZADAS 15.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y CARGUE CUENTA DE COBRO DEL MES DE ABRIL EN EL APLICATIVO.
16	OBLIGACION: DAR CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS. 16.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y CUMPLI CON LAS POLÍTICA DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DE LA POLÍTICA GENERAL DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL FFDSSDS Y SUS SÍMILES EN LA SISS 16.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y DI CUMPLIMIENTO DE LA POLITICA EN SUPERVSIÓN DE MI LIDER OPERATIVA.
17	OBLIGACION: REALIZAR NOTIFICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL, DEL TRABAJO FORZOSO, DE LAS CONDUCTAS DISCRIMINATORIAS, DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, DE LA VIOLENCIA Y DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES. 17.1 ACTIVIDAD: NO SE REALIZO TAL ACTIVIDAD DURANTE ESTE PERIODO DE MES. 17.2 EVIDENCIA: DE ACUERDO A LAS ACCIONES REALIZADAS NO SE EVIDENCIARON CASOS PARA LAS NOTIFICACIONES DE ESTE MES.
18	OBLIGACION: APROPIAR LAS MEDIDAS PARA PREVENIR, CORREGIR Y DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES, EN SUS ACTIVIDADES EMPRESARIALES Y CADENA DE SUMINISTRO EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO. 18.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y APLIQUE LAS MEDIDAS PARA DENUNCIAR EL HOSTIGAMIENTO SEXUAL Y DISCRIMINACIÓN. 18.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y NO EVIDENCIE NINGUNA VIOLENCIA O DISCRIMINACIÓN.
19	.OBLIGACION: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN. 19.1 ACTIVIDAD: DESARROLLE Y REALICE TODAS MIS ACTIVIDADES CON RESPONSABILIDAD Y VERACIDAD. 19.2 EVIDENCIA: ENTREGUE Y REALICE ENTREGA DE TODAS MIS ACTIVIDADES CON CALIDAD,VERACIDAD Y OPORTUNUIDAD.

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	N° 8390974130	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	2026/06/10	\$ 218.900	
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/06/10	\$ 280.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/06/10	\$ 42.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 541.800	

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS PS_3742_2026_A4BCBB LINDA KATERIN GUERRA PLAZAS CC: 1013641806
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ PS_3742_2026_A4BCBB LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PS_3742_2026_A4BCBB LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA SUPERVISOR DEL CONTRATO