

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	262301517	9504000206	N	2026/04/14	2026/04/29	NEQUI	15	\$36,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$116,895	\$18,700			\$116,895	\$14,600			\$0	\$0			\$116,895	\$2,800		\$0	\$0			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$116,895	\$18,700			\$116,895	\$14,600			\$0	\$0			\$116,895	\$2,800		\$0	\$0			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$116,895	\$18,700			\$116,895	\$14,600			\$0	\$0			\$116,895	\$2,800		\$0	\$0			
1	CC	84454444	GONZALEZ JOSE	25-14	30	(\$1,750,905)	(\$280,200)	EPS002	30	(\$1,750,905)	(\$218,900)		0	\$0	\$0	14-4	30	(\$1,750,905)	(\$42,700)	0	\$0	\$0		
2	CC	84454444	GONZALEZ JOSE	25-14	30	\$1,867,800	\$298,900	EPS002	30	\$1,867,800	\$233,500		0	\$0	\$0	14-4	30	\$1,867,800	\$45,500	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$116,895	\$18,700			\$116,895	\$14,600			\$0	\$0			\$116,895	\$2,800		\$0	\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 84454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	262301517		9504000206	N	2026/04/14	2026/04/29	NEQUI	\$36,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,700	\$200	\$0	\$18,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$18,700	\$200	\$0	\$18,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900	
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	\$2,800	\$100	\$0	\$2,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,600	\$200	\$0	\$14,800	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$14,600	\$200	\$0	\$14,800	
TOTAL				1	\$36,100	\$500	\$0	\$36,600	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8454444		GONZALEZ HENRIQUEZ JOSE FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 7h No 150 - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4214322	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	261947728	9503874700	I	2026/04/14	2026/04/29	NEQUI	15	\$547,50

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES																	
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	trl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes							
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700			\$0	\$0				\$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700			\$0	\$0				\$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																											\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700			\$0	\$0				\$541,800
1	CC	84454444	GONZALEZ JOSE	X																		25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900		0		\$0	\$0	14-4	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	\$0	No	\$541,800						
Total Afiliados(1)																											\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900				\$0	\$0			\$1,750,905		\$42,700			\$0	\$0				\$541,800

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$2,900	\$0	\$283,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$2,900	\$0	\$283,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$500	\$0	\$43,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	\$42,700	\$500	\$0	\$43,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$2,300	\$0	\$221,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$2,300	\$0	\$221,200
TOTAL				1	\$541,800	\$5,700	\$0	\$547,500

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ			CC:	84454444
CORREO ELECTRÓNICO:	PSICO.JOSEHENRIQUEZ@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3001398105
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7B 144 95			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488426411226
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1582 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 4.037.120	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/05/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/04/08 AL 2026/04/30				
<div><div><div>JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ PS_1582_2026_489B12</div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ CC: 84454444 CEL: 3001398105</div></div>					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ

CON C.C N°84.454.444

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1582 2026	FECHA INICIO CONTRATO	2026/02/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$18.094.080	No. HORAS EJECUTADAS	166
----------------------------	--------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$18.094.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$4.037.120
--	--------------	---	-------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES
---	--------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA
---	----------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HUGO GERMAN REYES GUERRERO
------------------------	----------------------------

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)
------	---

	REALIZAR LAS ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS DETERMIDOS DENTRO DEL PLAN DE MANEJO DE SU ESPECIALIDAD, CON UN ALTO NIVEL CIENTIFICO, ETICO Y HUMANO, DE U MANERA OPORTU Y PERTINENTE, EN CORRESPONDENCIA CON LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES, Y TENIENDO EN CUENTA QUE TODAS LAS DECISIONES CLINICAS GENERADAS EN LA ATENCION MEDICA PROCURARAN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE.2. BRINDAR U ATENCION EN SALUD CON OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCION PERSOLIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ENFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUIAS DE ATENCION, DE ACUERDO A LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION. 3. REALIZAR LAS ACTIVIDADES SEGUN LAS NECESIDADES DE LA SUBRED DANDO CUBERTURA EN TODAS LAS UNIDADES EN DONDE SE PRESTA EL SERVICIO Y SEA REQUERIDO. 4. INFORMAR AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE LA CONDICION CLINICA, PLAN DE MANEJO, ATENCION Y RECOMENDACIONES DE EGRESO, GENERANDO UN ALTO GRADO DE SATISFACCION SOBRE LOS SERVICIOS PRESTADOS, RESOLVIENDO INQUIETUDES RELACIODAS CON EL PROCESO DE ATENCION. 5. DILIGENCIAR LOS REGISTROS DE LAS ATENCIONES, PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, QUE PERMITA MANTENER ACTUALIZADOS LOS INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 6. RESPETARLOS DERECHOS DEL PACIENTE, CUMPLIR EL CODIGO DE ETICA MEDICA Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES PROPIAS DE LOS SERVICIOS EN DONDE SE PRESTE LA ATENCION. 7. REALIZAR EL SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION E IMPARTIR INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDEDOS. 8. EMITIR CONCEPTOS MEDICOS QUE SE REQUIERAN, DE CONFORMIDAD A SU ESPECIALIDAD, REALIZAR RESUMENES DE HISTO CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS QUE SEAN SOLICITADOS. 9. DILIGENCIAR EN FORMA COMPLETA, OPORTU, SISTEMATIZADA Y LEGIBLE EN LOS CASOS EN QUE SE PRESENTEN FULLES DEL SISTEMA), LOS FORMATOS, LA HISTORIAS CLINICAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, REPORTES DE ESTUDIOS Y DEMAS REGISTROS PROPIOS DE SU ACTUAR, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LOS PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA Y DEMAS DIRECTRICES RELACIODAS CON EL MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS Y RESPALDANDO TODAS LAS ACTUACIONES REALIZADAS AL PACIENTE CON LA FIRMA. 10. GARANTIZAR LA DEBIDA RESERVA DE LA INFORMACION DEL PACIENTE Y DE LOS REGISTROS CLINICOS. 11. UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS EQUIPOS, ELEMENTOS E INSTALACIONES Y LOS RECURSOS QUE LA SUBRED APORTE AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES CONTRATADAS Y RESPONDER POR SU REPOSICION O REPARACION CUANDO LOS DAÑOS SE OCASIONEN POR NEGLIGENCIA O IDECUADA MANIPULACION DE LOS MISMOS. 12. REPORTAR AL AREA DE RECURSOS FISICOS - ACTIVOS FIJOS DE LA SUBRED. LOS EQUIPOS DE PROPIEDAD DE CONTRATISTA, QUE SE DESTINE A LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES. 13. EL CONTRATISTA DEBERA RESPONDER POR LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS QUE SE ENCUENTREN BAJO SU CUSTODIA. 14. APOYAR LA ELABORACION DE RESPUESTAS A RECLAMACIONES Y REQUERIMIENTOS QUE SE PRESENTEN EN DESARROLLO DE LA ATENCION QUE SE OBLIGA A PRESTAR A LOS USUARIOS O PACIENTES QUE DEMANDEN EL SERVICIO. 15. PRESTAR EL APOYO NECESARIO PARA DAR RESPUESTA A OBJECIONES INICIALES, EVITANDO ASI QUE SE GENERE GLOSA DEFINITIVA O PROCESOS DE CONCILIACION POR PARTE DE EAPB. 16. NOTIFICAR LOS SUCESOS DE SEGUNDAD QUE SE PRESENTEN DURANTE EL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE Y APOYAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 17. REPORTARLOS EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 18. APOYAR LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DE SERVICIO EN LA REVISTA MEDICA U OTRO ESPACIO DIRIGIDAS A LOS
--	---

1	ESTUDIANTES Y/O PERSONAL DEL SERVICIO, PARA EL DESARROLLO Y FORMACION DEL RECURSO HUMANO EN SALUD. 19. INSTRUIR A LA COMUNIDAD SOBRE LA PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES PROPIAS DE SU ESPECIALIDAD. 20. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 21. FACILITAR LAS LABORES DE SUPERVISION, EVALUACION Y CONTROL QUE LA SUBRED REALICE FORMA DIRECTA POR LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD, LA OFICI DE CALIDAD Y/O A TRAVES DE TERCEROS. 22. CUMPLIR OPORTUNAMENTE LAS RECOMENDACIONES, OPORTUNIDADES DE MEJORA, ACTAS DE COMPROMISO Y DEMAS SOLICITUDES DE LA SUPERVISION Y DE LA OFICI DE CALIDAD. 23. ACREDITAR INSCRIPCION EN EL RETHUS, MIPRES Y RUAF. 24. PRESTAR EL SERVICIO DE CONFORMIDAD CON LA PROGRAMACION DE AGENDA ACORDADA CON EL SUPERVISOR DE CONTRATO, PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES. 25. PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS ESPECIFICOS DE CASOS TENDIENTES A RESOLVER CAUSAS Y SOLUCIONES A PROBLEMAS PROPIOS DE SU ESPECIALIDAD RELACIONADOS CON ESTA. 26. REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODAS LAS ACCIONES RELATIVAS AL CUIDADO DEL PACIENTE PARA DEJAR CONSTANCIA CIENTIFICA Y LEGAL DE LO ACTUADO. 27. EVALUAR EL RESULTADO DE LAS ACCIONES MEDICAS TOMADAS DURANTE EL SERVICIO CON EL FIN DE AJUSTAR LAS CONDUCTAS. 28. ESTABLECER LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA BRINDAR U ATENCION CON CALIDAD PERMITIENDO DAR SOLUCION A LAS DIFICULTADES SURGIDAS EN EL DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE, INTEGRANDO A LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICO QUIRURGICAS Y DEMAS AREAS DEL HOSPITAL QUE SEAN NECESARIAS. 29. PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION, SOCIALIZACION Y APLICACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS SEGUN LAS GUIAS DE MANEJO DEL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL. 30. REALIZAR REGISTROS Y GENERAR INFORMES ESTADISTICOS DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS CON EL FIN DE EVALUAR EL COMPORTAMIENTO POBLACIONAL DEL HOSPITAL. 31. PARTICIPAR EN EL DISEÑO Y LA PLANEACION ESTRATEGICA DE LA UNIDAD FUNCIONAL PARA EL LOGRO DE LA VISION INSTITUCIONAL. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.			
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 (2026-04-08) AL (2026-04-30)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		Nº 9503874700 - 9504000206	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		SALUD TOTAL	2026/04/28	\$ 233.500
PENSIÓN:		COLPENSIONES	2026/04/28	\$ 298.900
RIESGOS LABORALES:		SURA	2026/04/28	\$ 45.500
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 577.900
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, pensión, 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



JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
PS_1582_2026_489B12

JOSE FRANCISCO GONZALEZ HENRIQUEZ
CC: 84454444

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
PS_1582_2026_489B12

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS
SUPERVISOR ALTERNO

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



HUGO GERMAN REYES GUERRERO
PS_1582_2026_489B12

HUGO GERMAN REYES GUERRERO
SUPERVISOR DEL CONTRATO