

FECHA DE EXPEDICION (dd/mm/aaaa)  
22/12/2017

|              |                          |                              |                     |
|--------------|--------------------------|------------------------------|---------------------|
| CONTRATO No: | SUSCRIPCIÓN (dd/mm/aaaa) | RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA | C.C./ NIT / RUT No: |
| 196          | 15/05/2017 /             | John Camilo Ojeda Casallas   | 80.926.358          |

TIPO DE CONTRATO

PREST. DE SERV. PROFESIONALES     PRES. DE SERV. DE APOYO A LA GESTIÓN     CONSULTORÍA

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar los Servicios Profesionales en la Oficina Asesora de Planeación de la función pública para apoyar la gestión de la información Sectorial de la entidades orden nacional con el sistema estrategico de información e implementación de la cultura estadística para el mejoramiento de las Políticas Públicas nacional

FECHA DE INICIO (dd/mm/aaaa)

15/05/2017

FECHA DE TERMINACIÓN (dd/mm/aaaa)

22/12/2017

GARANTÍAS

| AMPAROS                  | VALOR ASEGURADO (\$) | VIGENCIA DE LOS AMPAROS                 |                    |
|--------------------------|----------------------|---|--------------------|
|                          |                      | DESDE (dd/mm/aaaa)                      | HASTA (dd/mm/aaaa) |
| N. Jica                  | No aplica            | No aplica                               | No aplica          |
| No aplica                | No aplica            | No aplica                               | No aplica          |
| Póliza No. Expedida por: | No aplica            | Fecha de aprobación de la(s) póliza(s): | No aplica          |

FORMA DE PAGO

MENSUALIDADES VENCIDAS     OTRA (INDIQUE CUAL):

| REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO (COM) No. | FECHA DE EXPEDICIÓN (dd/mm/aaaa) | VALOR (VIGENCIA) | TOTAL            |
|--|----------------------------------|------------------|------------------|
| VIGENCIA ANTERIOR                              |                                  |                  |                  |
| VIGENCIA ACTUAL                                | 63017                            | 15/05/2017       | \$ 41.990.000,00 |
| VIGENCIA FUTURA                                |                                  |                  | \$ 41.990.000,00 |

INFORMACIÓN DEL PAGO CERTIFICADO

| RUBRO PRESUPUESTAL AFECTADO   | APROPIACIÓN PRESUPUESTAL INICIAL | FACTURA No. | EXPEDICIÓN DE LA FACTURA (dd/mm/aaaa) | VALOR FACTURA (INCL. IVA) | SUBTOTAL PAGOS ACUMULADOS | PERÍODO CERTIFICADO | SALDO POR EJECUTAR |
|---|----------------------------------|-------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------|
| MEJORAMIENTO, FORTALECIMIENTO PARA EL D. ROLLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAL | \$ 41.990.000,00                 |             |                                       | \$ 2.090.000,00           | \$ 41.990.000,00          | 8 de 8              | \$ 0,00            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>\$ 41.990.000,00</b>          |             |                                       | <b>\$ 2.090.000,00</b>    | <b>\$ 41.990.000,00</b>   |                     | <b>\$ 0,00</b>     |

EVALUACIÓN PARCIAL DEL CONTRATISTA PARA EL PERÍODO CERTIFICADO

| ASPECTOS A EVALUAR  | EXCELENTE (100) | BUENO (90)       | REGULAR (75)  | DEFICIENTE (60) |
|---|-----------------|------------------|---|-----------------|
| Cumplimiento (obligaciones técnicas) calidad del servicio prestado                          | 100             |                  |   |                 |
| Oportunidad en la entrega del SP  | 100             |                  |   |                 |
| Oportunidad y cumplimiento aspectos administrativos y/o legalización de documentos soportes | 100             |                  |   |                 |
| Responsabilidad   | 100             |                  |   |                 |
| <b>CALIFICACIÓN DEL PERÍODO Y/O PAGO CERTIFICADO.</b>                                       | <b>100</b>      | <b>EXCELENTE</b> | <b>RANGOS:</b> Excelente: 91 a 100<br>Bueno: 76 a 90    Regular: 61 a 75<br>Deficiente: Igual ó inferior a 60 |                 |

¿EL SUPERVISOR DEL CONTRATO RECOMIENDA TRAMITAR LA CUENTA DEL PAGO O PERÍODO CERTIFICADO?     SI     NO

EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA NEGATIVA, DEBERÁ SUSTENTAR LAS RAZONES QUE MOTIVAN LA RECOMENDACIÓN Y PROMOVER A LAS ACCIONES A QUE HAYA LUGAR.

Anexos verificados por el supervisor:

Factura     SI     NO     NA    Otros (Indique cual):

Certificación sobre pagos de salud, pensión y caja de compensación     SI     NO     NA

Informe de Gestión / Productos encomendados.     SI     NO     NA

| SUPERVISOR DEL CONTRATO                         | OBSERVACIONES |
|---|---------------|
| Nombre: Guillermo Martínez Daza                 | 20 Dic 2017   |
| Cargo: Jefe de la Oficina Asesora de Planeación |               |
| Firma:  |               |

EVALUACIÓN FINAL DEL CONTRATISTA

| SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES DE LOS PERÍODOS Y/O PAGOS CERTIFICADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO | No. DE PAGOS Y/O PERÍODOS CERTIFICADOS | CALIFICACIÓN FINAL | RANGOS:  |
|--|--|--------------------|--|
| 100,00   | 1,00                                   | 100,00             | EXCELENTE 91 a 100<br>BUENO 76 a 90<br>REGULAR 61 a 75<br>DEFICIENTE Inferior a 60 |
|  |  |                    | <b>EXCELENTE</b>   |

### DECLARACIÓN JURAMENTADA

|                   |      |                          |     |                                     |     |                          |     |                          |      |                          |         |          |      |   |
|-------------------|------|--------------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|---------|----------|------|---|
| Identificado (a): | NIT: | <input type="checkbox"/> | CC: | <input checked="" type="checkbox"/> | CE: | <input type="checkbox"/> | NP: | <input type="checkbox"/> | NIP: | <input type="checkbox"/> | Número: | 80926358 | D.V. | 0 |
|-------------------|------|--------------------------|-----|-------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------------------|---------|----------|------|---|

Teléfono (s): 4681944 No. de FAX \_\_\_\_\_  
 Celular No.: 3232066691 Celular No.: \_\_\_\_\_  
 Dirección: carrera 79 No 19a 85  
 Correo Electrónico (E-mail): ronaldiho1228@hotmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica  Persona Natural  y Declarante de Renta  No declarante de Renta

a.) Percibí ingresos en el año inmediatamente anterior. Si:  No:

b.) Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 4.073 UVT's o \$ 121.183.969 Si:  No:

#### 1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, el Artículo 126-1 del ET y el Artículo 15 del Decreto 836 de 1991, los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato No. 196 de Fecha: 15/05/2017 suscrito con el Departamento Administrativo de la Función Pública, objeto del pago sujeto a retención; y a lo dispuesto en el artículo 18 de la ley 1122 de 2007 y el artículo 50 de la ley 789 de 2002, hago entrega de la copia detallada de la planilla generada desde el operador donde además se evidencia su estado pagada.

| Nombre EPS, AFP y ARL | Planilla No. | Período   |      | Valor de los aportes pagados provenientes del ingreso del contrato sin intereses de mora |
|-----------------------|--------------|-----------|------|--|
|                       |              | Mes       | Año  |  |
| Compensar             | 8324410385   | Diciembre | 2017 | \$143.100,00   |
| Porvenir              |              | Diciembre | 2017 | \$183.200,00   |
| Positiva              |              | Diciembre | 2017 | \$6.100,00   |

a) Que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo de cotización, excede el tope de los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes: Si:  No:

b) Que el ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios por cuenta y riesgo del o los contratantes. Artículo 329 del E.T. adicionado por el Art 10 de la Ley 1607 de 2012. Si:  No:

Nota: Diligencie el ítem 2 si su respuesta es "SI". De acuerdo a lo establecido en el parágrafo 3 del Dto. 0099 de 2013.

#### 2. Solicitud Deducciones del Artículo 387 del E.T. y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013.

c) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012, solicito deducción por Dependientes de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1. Si:  No:

d) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción por los intereses de vivienda de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito. Si:  No:

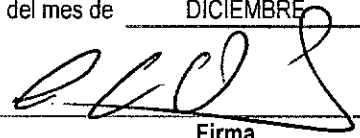
e) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. y modificado por el Art. 15 de la ley 1607 de 2012; solicito deducción de la medicina prepagada de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud. Si:  No:

#### 3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

| Concepto           | Nombre Entidad | No. De Cuenta | Valor |
|--------------------|----------------|---------------|-------|
| AFC                |                |               |       |
| Pensión Voluntaria |                |               |       |

Se firma a los 22 días del mes de DICIEMBRE del año 2017

  
Firma





| DATOS DEL APORTANTE                 |                 |                            |        |                  |                    |                          |
|-------------------------------------|-----------------|----------------------------|--------|------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO                                | NÚMERO          | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                   |
| CC                                  | 80826358        | JOHN CAMILO OJEDA CASALLAS |        | CRA 73 N 63 F 12 | 4302890            | RONALDHO1228@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                          |
| ÚNICA                               | Indeferente     |                            |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                          |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                 |                            |        |                  |                    |                          |
| NO                                  |                 |                            |        |                  |                    |                          |

| PERIODO COTIZACIÓN |      |                   |      |               |                          | DATOS DE LA PLANILLA |               |  |
|--------------------|------|-------------------|------|---------------|--------------------------|----------------------|---------------|--|
| SALUD              |      | DIFERENTE A SALUD |      | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA      | TOTAL A PAGAR |  |
| MES                | AÑO  | MES               | AÑO  |               |                          |                      |               |  |
| 12                 | 2017 | 12                | 2017 | N             | 20/12/2017               | 8324410385           | \$332.400     |  |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 850068942-7 | 142.500                | 0             | 0                | 0     | 0                   | 0     | 5         | 600                   | 0              | 143.100       | 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          | Porvenir | 800224808-6 | 182.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 5         | 900                   | 0              | 183.200       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 880011753-6 | 6.000                  | 0                | 0     | 0                      | 6.000                 | 5         | 100                   | 6.100               | 0                          | 0                   | 60                | 6.100         | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |        |     | 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| MEN                  |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 142.500                             | 143.100        |
| Pensión                | 1                              | 182.400                             | 183.200        |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 6.000                               | 6.100          |
| 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>330.900</b>                      | <b>332.400</b> |

Informe de Actividades No. 8

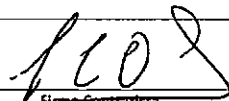
Contrato No. 196 del año 2017


Objeto del Contrato: Prestar los Servicios Profesionales en la Oficina Asesora de Planeación de la función pública para apoyar la gestión de la información Sectorial de la entidades orden nacional con el sistema estrategico de Información e implementación de la cultura estadística para el mejoramiento de las Políticas Públicas nacional

Periodo reportado: Del 15 de Diciembre al 22 de Diciembre de 2017

| Obligaciones del Contrato  | Actividades realizadas por el Contratistas  |
|--|---|
| Obligación 1). Apoyar la identificación, recolección. Consolidación, análisis y verificación de la información sectorial de fuentes internas y externas para el sistema de información estratégica - SIL   | Esta obligacion se reporata en el ultimo informe a 31 de diciembre de 2017  |
| Obligación 2).Apoyar la implementación de la interoperabilidad de los sistemas de información, tanto de fuentes internas como externas identificadas con enfoque sectorial.  | Esta obligacion se reporata en el ultimo informe a 31 de diciembre de 2017  |
| Obligación 3). Apoyar la actualización, generación y divulgación de reportes sectoriales del SIE con corte a 30 de junio de 2017   | -Esta obligación ya esta finalazada.  |
| Obligación 4). Apoyar la generación de fichas sectoriales con corte a 30 de septiembre de 2017   | - Esta obligación ya fue finalizada en la primera quincena de diciembre 2017  |
| Obligación 5). Brindar apoyo en el proceso de fortalecimiento estadístico de la entidad las areas de planificación, regulación y calidad estadística de la entidad   | -Se reportara en el mes de Diciembre  |
| Obligación 6). Brindar apoyo en los requerimientos tecnicos, en el marco del trabajo interinstitucional con el departamento administrativo nacionla de estadísticas (DANF)   | -Esta obligación ya esta finalazada.  |
| Obligación 7). Apoyar la identificación publicación y actualización de información de la funcion publica que sea de interes para los colombianos   | - Se realiza los informes EDI para los 24 sectores Rama Ejecutiva.<br>\\YAKSA\10070oap\2017\87_Estadísticas<br>Evidencias en CD anexo   |
| Obligación 8). Apoyar la implementación de cultura estadística para el mejoramiento de los suministros de la entidad   | Esta obligación se cumplio en el mes de Septiembre.   |
| Obligación 9). Efectuar Seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en las reuniones relacionadas con el objeto contractual  | Esta obligación se reporata en el ultimo informe a 31 de diciembre de 2017  |
| Obligación 10). Flaborar de común acuerdo con el supervisor del contrato, un plan de trabajo que establezca el cronograma y actividades a desarrollar para el cumplimiento del objeto, el cual debera ser presentado dentro de los 5 días siguientes al inicio del plazo de ejecución y estar suscrito por las partes. Asistir a las reuniones programadas, relacionadas con la ejecución del objeto contractual y elaborar las actas o ayudas de memoria respectivas. | El plan se elaboró y se entregó en el primer informe de acuerdo a las obligaciones creadas en El contrato para la primera cuenta de cobro y planeación del contrato de prestación de servicios.   |
| Obligación 11). Efectuar seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en las reuniones relacionadas con el objeto contractual.  | Se han realizado reuniones con el supervisor del contrato, para revisar el cumplimiento del contrato 196 de los realizado y lo que se va a realizar   |
| Obligación 12). Entrega al supervisor del contrato el examen medico preocupacional o de ingreso, como requisito para efectuar el pago  | El exámen medico se entregó en el primer informe al supervisor y se radicó en finaciera para la cuenta de cobro como estipula en las obligaciones.  |
| Obligación 13). Presentar un informe mensual de ejecución de las obligaciones del contrato y un informe final que de cuenta del cumplimiento integral del mismo, como requisito para el respectivo pago. Así mismo, presentar los informes que la funcion publica solicite en desarrollo del objeto contractual.   | Se presentan los informe al supervisor mensualmente en los cortes estipulados de 15 a 14 del siguiente mes en lo estipulado en el contrato para lo cual se pueda realizar el pago.<br>\\Yaksa\10020oap\2017\Doc_apoyo\Contratistas\John Camilo Ojeda\Contrato y supervisión |

|   |   |
|---|---|
| Obligación 14). Acreditar el pago al sistema integral de seguridad social en salud , pensión y riesgos laborales, de conformidad con la normativa vigente, presentando los soportes de pago correspondiente, anexos a los informes de ejecución con el fin de tramitar cada pago .  | Se adjuntan a la cuenta de cobro las planillas de pago las cuales se generan por el operador mi planilla.com mensualmente.<br>\\Yaksa\10020oap\2017\Doc_apoyo\Contratistas\John Camilo Ojeda\Contrato y supervisión<br>Evidencias en CD anexo |
| Obligación 15). Aplicar durante la ejecución del contrato los lineamientos establecidos con el sistema de gestión de Calidad de la entidad, así como política Ambiental   | Cumplí con la política de ahorro de papel, solo cuando es necesario.  |
| Obligación 16). Actualizar la hoja de vida en el SIGEP, en caso de que durante el plazo de ejecución contractual se presenten modificaciones a la información inicialmente registrada en dicho sistema.   | Se actualizó la hoja de vida en el SIGEP antes de iniciar contrato para firmar y dar inicio al contrato 196 de 2017   |
| Obligación 19). Mantener actualizado e informar a la función pública acerca del lugar de domicilio, durante la ejecución del contrato y cuatro meses más.   | Se actualizaron los datos en gestión humana y en el SIGEP del domicilio don me ubico actualmente.   |
| Obligación 20). Actuar con total autonomía técnica y administrativa en el cumplimiento de las obligaciones que asume por el contrato y cuatro meses mas   | Se ha cumplido con las obligaciones estipuladas en el objeto contractual siendo verificadas por el supervisor del contrato.   |
| Obligación 21). Responder por las actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del contrato y de la ejecución del mismo, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993.   | No he realizado ninguna actuación de omisión en el contrato 196 de 2017 de acuerdo a lo estipulado en la ley 80 de 1993   |
| Obligación 22). Contar con los elementos necesarios para ejecutar el objetivo contractual   | Se cuenta con los objetos necesarios para realizar el cumplimiento de las obligaciones del objeto contractual.  |
| Obligación 23). Disponer de un computador portátil acorde con las necesidades de las actividades que adelantara, en caso de requerirse, con guaya para proteger el mismo. La entidad suministra energía eléctrica (110V), registro en el directorio activo (usuario y clave); correo electrónico y conectividad a internet. | Cuento con mi equipo portátil con las características solicitadas para desarrollar las actividades diarias en los objetos específicos del contrato 196 de 2017  |
| Obligación 24). No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarle a hacer u omitir a cualquier acto o hecho  | NO he accedido a peticiones o amenazas de personas que se encuentran fuera de ley o evadidos de la misma.   |
| Obligación 25). Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y entorpecimientos que puedan presentarse y, en general, cumplir con lo establecido en la ley 80 de 1993, la ley 1150 de 2007, ley 1474 de 2011 sus reformas y decretos reglamentarios.                             | He obrado con lealtad, buena fe en las distintas etapas contractuales, tampoco e entorpecido ningún trámite por parte de la OAP.  |
| Obligación 26). Las demás que se deriven del artículo 5 de la ley 80 de 1993, así como todas aquellas que señalen la constitución y la ley.   | He cumplido acorde a las leyes y artículos estipulados por lo cual no e infringido ninguna obligación registrada.   |

Anexos:  Firma Contratista

 Firma Supervisor

Nota: Corresponde al Supervisor revisar que las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato sean ejecutadas, reportadas en el Informe y con los soportes correspondientes, así como el seguimiento técnico, administrativo y financiero, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011

F. Version 1 Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia. La versión vigente reposa en Calidad DAFP 1 de 1

Rev OK 