| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/18 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SILVA COLMENARES JEREMEN FERNEY | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80.539.102 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jefesico@hotmail.com | | | | CELULAR: | 311 208 1423 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ORTOPEDIA | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10 - C11 | 40% | SU41-A25 | 30% | KE10-I02 | 20% | KE10-B04 | 10% | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4670110081 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1482 -2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 04 de 04 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 08/01/2.021 | NÚMERO DE CRP | 11941 | FECHA | 31/01/2.021 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 609 | FECHA | 26/04/2.021 | NÚMERO DE CRP | 25575 | FECHA | 30/04/2.021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 5 | 2021 | | 31 | 5 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $7,597,356 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

**OBSERVACIONES:** El doctor de la presente certificación presta sus servicios como Talento Humano en Salud en áreas donde se encuentran pacientes con sospecha o Diagnóstico de Coronavirus covid 19, esta expuesto a riesgo de contagio y de acuerdo a la Circular 007 -2020 de la SISSSO.E.S.E -, según Decreto Legislativo 568 - 2020 no esta sujeto al impuesto solidario registrado allí. Por lo tanto N/A para el descuento

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | VALORES |
| VALOR EJECUTADO | $30,389,424 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $30,389,424 |
| VALOR A LIBERAR | $7,597,356 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | $0 |
| | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $ 2.271.315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL 2.436 % -IBC | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50298862 | $3,038,942.00 | $379,868 | $486,231 | 5 | 0 | $866,098 |

Dado en Bogotá a los días del mes de Mayo del año Dos Mil Veintiuno (2.021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**GUSTAVO BECERRA SUAREZ**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**JEREMEN FERNEY SILVA COLMENARES**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/18 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

N° CUENTA DAVIVIENDA - 4670110081

| Ubicación del Servicio: | ORTOPEDIA | | Sede: Occidente Kennedy | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 1482 - 2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | Mayo | 2021 | | 31 | Mayo | 2021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SILVA COLMENARES JEREMEN FERNEY | | C. C. | 80 539 102 | | | DE | Zipaquira | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ORTOPEDISTA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI X NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Atender la programación de Consulta Externa - Sede Trinidad Galan, de Ortopedia y Traumatología. | 100% | Se realiza en su totalidad la consulta externa programada en este mes | Por planilla de turnos se cumple |
| 2. Atender y Manejar integralmente los procedimientos quirúrgicos y traumas en general incluyendo Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Cirugía programada y de Urgencias a pacientes con lesiones musculo-esqueleticas. | 100% | Se atiende y se da manejo integral a los procedimientos quirurgicos de cirugía programada, urgencias y traumas en general en la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, según necesidades del servicio. | Registros en la Historia Clínica en la atención del paciente con lesiones muscoloesqueleticas atendidas en el mes y manejadas integralmente de acuerdo a su patología. |
| 3. Brindar atención al paciente que ingresa por Urgencias con lesiones musculo-esquelitas y definir conducta por Ortopedia y Traumatología | 100% | Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesqueletica quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta. | Registros realizadas en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX,valoración a pacientes programados en conulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total. |
| 4. Realizar por el Médico tratante seguimiento al procedimiento o atención efectuada, hasta la evolución satisfactoria del paciente, junto con el equipo de trabajo. | 100% | Atendí y realice en las diferentes áreas del Hospital, procedimientos especiales a pacientes que lo requieran tanto para establecer diagnósticos como para dar tratamiento integral hasta su evolución. | Atención integral al paciente junto con el equipo de trabajo de acuerdo a las urgencias presentadas durante el turno y Turno Administrativo, Junta Quirúrgica, Revista Médica y Turnos de fin de semana y nocturnos. |
| 5. El objeto de este contrato es realizar la prestación del Servicio de Ortopedia y Traumatología en Consulta Externa y realizar atención quirúrgica cuando se requiera de manera eficaz, efectiva y eficiente cumpliendo con los requisitos esenciales de calidad. | 100% | Se Brinda atención oportuna, eficiente y eficaz al paciente que ingresa a la Unidad de servicios de salud Occidente de Kennedy, con lesión musculoesqueletica quien es valorado por la Especialidad de Ortopedia y Traumatología, para decidir conducta. | Registros realizados en la Historia Clínica, Evolución diaria, notas de procedimientos, descripciones QX,valoración a pacientes programados en conulta Externa y actas de Juntas Quirúrgicas; dando cumplimiento y cubrimiento total. |
| 6. Disponer de la actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio, | 100% | Buena disposición y actitud de servicio de acuerdo a la misión, visión, principios valores institucionales para realizar la prestación del servicio. | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato |
| 7. Respetar los derechos del paciente y cumplir el Código de Ética Médica y todas las disposiciones legales pertinentes. | 100% | DI cumplimiento al código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor en el área de la salud debo atender, respetando los derechos del paciente y necesidades presentadas en Ortopedia y Traumatología | Se cumple lo estipulado con las actividades contractuales realizadas durante el mes certificado y como producto entregado es la atención dada al paciente desde que ingresa hasta su salida y controles por Consulta Externa. |
| 8. Participar en las actividades clínicas, Docentes, Investigativas y / o Administrativas en las cuales la Unidad Kennedy requiera de su intervención. | 100% | Se participa en las actividades clínicas, docentes, investigativas y / o administrativas en las cuales el Hospital requiera de su intervención. | Cumplimiento con lo requerido en el mes |
| 9. Llenar a cabalidad los formatos establecidos para los registros correspondientes en la Historia Clnica, reportes de estudios de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de Auditoria y el manual de Historias Clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. | 100% | Como norma se realiza y se diligencia a cabalidad todos los formatos Institucionales de la Historis Clínica y reportes de estudios, siendo respaldado con mi firma y sello. | Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato |
| 10. Realizar interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios de manera oportuna buscando solución pronta de la patología que aqueja al paciente. | 100% | Todas las interconsultas solicitadas por los diferentes servicios del Hospital las respondí de manera oportuna buscando la solución pronta de la patología que aqueja al paciente. | Quedan resueltas, para trámite a seguir |
| 11. Ejecutar la Revista Médica de Ortopedia y Traumatología en el área de Hospitalización. | 100% | Se pasa por las áreas descritas realizando la Revista Médica con el equipo de Ortopedia | La realización de la Revista Médica por los Servicios de Ortopedia a los paciente con lesiones musculoesqueleticas |
| 12. Anexar la constancia de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud , Pensiones y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contrato mensulamente. | 100% | Cumpli con entregar la constancia de afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones del personal al servicio de la sociedad y el pago de riesgos Profesionales con el que se ejecutara el contarto mensulamente. | Entregar planillas de pago al SGSSS. Del mes certificado |
| | | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):** $ 7.597.356 - Siete millones quinientos noventa y siete mil trescientos cincuenta y seis pesos.

| JEREMEN FERNEY SILVA COLMENARES - C.C. 80.539.102 | Fecha : / Mayo / 2.021 | Supervisor: GUSTAVO BECERRA SUAREZ |
|---|---|---|
| NombreCompleto,Cédula y firma del Contratista : | Firma de recibido | |

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

50298862



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 80539102 | jeremen femey silva colmenares | Calle 146a #58b-22 apto 616 | 7590491 | jefesico@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 04/05/2021 | 50298862 | $1.437.200 | |

## 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 | 860066942-7 | 562.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 562.500 | 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 |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 720.000 | 0 | 0 | 22.500 | 22.500 | 0 | 0 | | 765.000 | 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 SURA | 890903790-5 | 109.700 | | | | 109.700 | 0 | 0 | 109.700 | | | 1.097 | 109.700 | 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 |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 562.500 | 562.500 |
| Pensión | 1 | 765.000 | 765.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 109.700 | 109.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 1.437.200 | 1.437.200 |

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

ortopedia UK - RS

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 80539102 | jeremen ferney silva colmenares | | Calle 146a #58b-22 apto 616 | 7590491 | jefesico@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD |
| | | | | | EMPLEADOS: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2021-04 | 2021-04 | I | 04/05/2021 | 50298862 | $1.437.200 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Bajoips | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 80539102 | SILVA COLMENARES JEREMEN FERNEY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4.500.000 | 720.000 | 0 | 0 | 22.500 | 22.500 | EPS008 | 4.500.000 | 562.500 | 14-11 | 4.500.000 | 3 | 109.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Representación Gráfica

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datos del Documento | Número de Factura: FV-33 | Código Único de Factura - CUFE: 12f4545c82b4780f7ae0a5cf16bdeb36088 4fba26d8c9bec7e9c04daa64daaf8bb9a35826558858eec4868ce0c4d5cba | |
| Fecha de Emisión | 10/05/2021 | Fecha de Vencimiento | 10/05/2021 |
| Tipo de Operación | Generica | Prefijo | FV |
| Tipo de Negociación | Contado | Medio de Pago | Transferencia Débito Bancaria |
| Tipo de Entrega | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datos del Emisor | Nit del Emisor: 80539102 | Razón Social: | SILVA COLMENARES JEREMEN FERNEY |
| Nombre Comercial | SILVA COLMENARES JEREMEN FERNEY | | |
| Tipo de Contribuyente | Persona Natural | Dirección | CL 146 A 58 B 22 AP 616 TO 4 CON PASEO DE SANTA CATALINA |
| Régimen Contable | Régimen Ordinario | Departamento | Bogotá |
| Actividad Económica Principal | 8621 | Correo | jefesico@hotmail.com |
| Tipo Responsabilidad | O-16;O-22;O-52 | Municipio | Bogotá, D.c. |
| | | Teléfono | 7590491 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Datos del Adquiriente | Nit del Adquiriente: 900959048 | Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E |
| Tipo de Documento | NIT | Dirección | CL 9 39 46 |
| Número Documento | 900959048 | Departamento | Bogotá |
| Nombre Comercial | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E | Municipio | Bogotá, D.c. |
| Tipo de Contribuyente | Persona Jurídica | Correo | ortopediahokennedy@gmail.com |
| Régimen Contable | Régimen Ordinario | Teléfono | 4546800 |
| Tipo de Responsabilidad | O-07;O-08;O-09;O-14 | | |

Detalles de Productos

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio Unitario | Descuento | Recargo | IMPUESTOS IVA | IMPUESTOS ICA | IMPUESTOS INC | Valor de Venta por Item |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 04 | HONORARIOS SUBRED MAYO-2021 | NIU | 1,00 | $ 7.597.356,00 | | | | | | $ 7.597.356,00 |

Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Monto |
|---|---|---|---|---|---|

Datos de Referencia

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

Notas Finales

Datos Totales

Generado por: **Solución Gratuita DIAN**

| | | |
|---|---|---|
| MONEDA | | COP |
| TASA DE CAMBIO | | |
| Subtotal Precio Unitario (=) | $ | 7.597.356,00 |
| Descuentos detalle (-) | $ | 0,00 |
| Recargos detalle (+) | $ | 0,00 |
| Subtotal Base gravable (=) | $ | 0,00 |
| Total impuesto detalle (+) | $ | 0,00 |
| Total otros impuestos (+) | $ | 0,00 |
| Total mas impuesto (=) | $ | 7.597.356,00 |
| Descuento Global (-) | | |
| Recargo Global (+) | | |
| Valor total de la operación (=) | $ | 7.597.356,00 |

Numero de Autorización:18764011394755 Rango Autorizado: Desde 25 Rango Autorizado: Hasta 100 Vigencia: 2021-09-09

ORTOPEDIA UR - R5