Nueva

184266

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	11/9/2018	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.004.613.921
CORREO ELECTRONICO:	angulozuanny@gmail.com				CELULAR:	3112267977

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: FO09K27

UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:		FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F O09 K27	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
DE CUENTA BANCARIA	24105452898			PENSIONADO	NO

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATO Y VIGENCIA:	5991-2021	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 de 2

NÚMERO DE CDP	721	FECHA	5/20/2021	NÚMERO DE CRP	29519	FECHA	5/24/2021

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		24	5	2021		31	5	2021

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	2,232,442

TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2,753,345
VALOR EJECUTADO	$520,903
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$520,903
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,232,442
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO de (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	4/3/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC FO09 - K27		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5991-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			24	5	2,021		31	5	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GENIS QUINTERO ORTEGA		C. C.		1,004,613,921	DE	N ANDRES DE TUMAC		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área PIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ____ Servicios: SI _ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Realizar inducción en puesto de trabajo con apropiación conceptual e iniciar procesos de focalización con población afro. Participar de jornadas de fortalecimiento tecnico, autocuidado y reuniones programadas para revisión de soportes y reuniones de equipo	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Realizar inducción en puesto de trabajo con apropiación conceptual e iniciar procesos de focalización con población afro. Participar de jornadas de fortalecimiento tecnico, autocuidado y reuniones programadas para revisión de soportes y reuniones de equipo	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No se programa esta actividad para este mes	No aplica para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras). Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Según requerimiento de la Subred.	No aplica para este mes
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza activaciones de ruta correspondientes de acuerdo a las necesidades de las familias.	Formato de canalizacion y activacion de ruta.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Se realiza Notificacion de eventos de interes en salud publica requeridas según caracterizacion de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes	Formato de notificación
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se informa a los individuos/ familias o colectivos sobre sus derechos y deberes en los diferentes encuentros que se tienen con ellos.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con la líder del equipo	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega mensual de formatos de seguimiento a la líder del equipo	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos.

OBSERVACIONES:

VALOR A PAGAR: $520,903 Quinientos veinte mil novecientos tres PESOS

ZUANY

NOMBRE Y CC CONTRATISTA:ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES cc 1004613921

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 5/ 2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES

C.C 1004613921 SAN ANDRES TUMACO

La suma de **$520,903 Quinientos veinte mil novecientos tres PESOS**, por concepto de: Prestar servicios como técnica en salud, durante el periodo de 24 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5991-2021

Zuany

ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES

CÉDULA DE 1004613921

CUENTA DE AHORROS banco caja social

NUMERO 24105452898

ARL | sura

Medellín, 23 de junio de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1004613921 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/05/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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 / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10046139212117444658

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/06/2021 12.24 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

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:

ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.613.921**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2021.

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.

Salud Total EPS

Bogotá, Junio 23 de 2021

Señora:
ANGULO QUIÑONES ZUANY MAYERLI
CC. 1004613921
CR 97A 42C SUR 51 -
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 Febrero 10 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
ANGULO QUIÑONES ZUANY MAYERLI	1004613921	C	Feb-10-2017	52	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
QUIÑONES ROSERO JAVIER ALBERTO	1032453119	C	Sep-9-2015	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
QUIÑONES ANGULO RIDDICK ALEXANDER	1141353960	R	Abr-27-2017	52	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

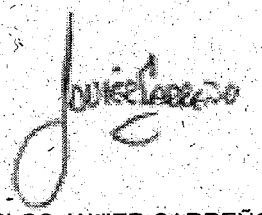
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CASA LIMPIA SA	1004613921	Dependiente	CERRADO
ZUANY MAYERLI ANGULO QUIÑONES	1004613921	Trabajador Independiente	VIGENTE

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,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.613.921**
ANGULO QUIÑONES
APELLIDOS

ZUANY MAYERLI
NOMBRES

Zuany
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-1994**
TUMACO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

23-ENE-2013 TUMACO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2313900-00434599-F-1004613921-20130507 0032940323A 2 40007844

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14704707554

(415)7707212489984(8020) 000001470470755 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 4 6 1 3 9 2 1	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 4 6 1 3 9 2 1	2 0 1 3 0 1 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Nariño 5 2	San Andres de Tumaco 8 3 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGULO	QUIÑONES	ZUANY	MAYERLY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 92 38 C 41 SUR

42. Correo electrónico: angulozuanny@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 2 6 7 9 7 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 0 0 8 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 24 / 16 : 17: 18

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre PEREA COSSIO DARWIN
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO