REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO		
CONTRATO:	1149771	
RAZON SOCIAL	YUNEX S.A.S.	
IDENTIFICACION:	NI 901191622	
INGRESO DE TRABAJADOR		
Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
92635424	2023-5-2	CC 1030662505
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
RINCON GONZALEZ	FREDDY OSVALDO	1995-12-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
CR 94 C 42 G 25 SUR	Bogota	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA D.C. - Bogota D. C.	rinconfreddy1995@gmail.com	1000000
Celular	**Sexo**	
3125405447	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Customer Services Support Operator	$1,675,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Proteccion	MOBILITY RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2023-5-2	JORNADA UNICA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

Colsubsidio

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y NOVEDADES DE TRABAJADORES DEPENDIENTES, INDEPENDIENTES, PENSIONADOS Y FACULTATIVOS

Espacio reservado para el sello de radicación

I. TIPO DE NOVEDAD [X] Afiliación [ ] Novedad [ ] Traslado

Fecha de Radicación DIA MES AÑO

II. NOVEDADES (ELIJA LA NOVEDAD QUE ESTÁ REPORTANDO Y SELECCIONE CON UNA X)

NOVEDADES BÁSICAS DE AFILIADOS	INCLUSIÓN DE PERSONAS A CARGO	RETIROS	DATOS DE UBICACIÓN
[ ] Nombres	[ ] Hijos	[ ] Voluntario	[ ] Dirección y teléfono
[ ] Documentos de Identificación	[ ] Hermanos	[ ] Cotizante por fallecimiento	[ ] Correo electrónico
[ ] Estado civil	[ ] Padres	[ ] Personas a cargo	Fecha Novedad DIA MES AÑO
[ ] Cambio de Aporte	[ ] Hijastros	[ ] Cese de convivencia	
		[ ] Cambio de grupo familiar	Otra:

III. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD PAGADORA

NIT No	Nombre o Razón Social	Sector	Sucursal
X C.C. [ ] C.E [ ] PA [ ] C.D. [ ] PE [ ] PT [ ] 901191622	YUNEX SAS	Oficial [ ] Privado [ ] Público [ ] Mixto [ ]	

Dirección	Departamento	Teléfono
CL 127 A 7 12 P 6 ED BMW PLAZA	Bogotá	3228913680

IV. TIPO DE AFILIADO

Dependiente [ ]	Servicio Doméstico [ ]	Madre Comunitaria [ ]	Taxista Independiente 2% [ ]	Pensionado aporte del 0% [ ]	Pensionado aporte del 0,6% [ ]	Pensionados aporte del 2% [ ]	Fidelidad 25 años [ ]	Facultativos aporte del 0,6% [ ]	Facultativos aporte del 2% [ ]	Independiente aporte 0,6% [ ]	
Independiente aporte 2% [ ]	Residente en el exterior [ ]	Veterano [ ]	¿Afiliación por primera vez como no dependiente? SI [ ] NO [ ]	Si estuvo afiliado a alguna Caja de Compensación, indique a cuál:				Otro			

V. DATOS BÁSICOS TRABAJADOR, INDEPENDIENTE O PENSIONADO

Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido
Freddy Osvaldo	Rincon	Gonzalez

NIT	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Género
C.C. X C.E [ ] PA [ ] C.D. [ ] T.I. [ ] PE [ ] PT [ ] No. 1030662505	SO X CA [ ] SE [ ] UL [ ] VI [ ]	AÑO MES DIA 1995 12 30	M X F [ ] I [ ]

Nivel Ocupacional	Nivel Educativo
Operativo [ ] Administrativo [ ] Directivo [ ] Staff [ ] Ejecutivo [ ] Profesional [ ] Técnico [X]	Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Técnico [X] Profesional [ ] otro [ ]

Ingreso a la empresa	Horas/mes	Trabajador	Salario básico/mesada	Celular	EPS (Solo para independientes)	AFP (Solo para independientes)
AÑO MES DIA		UR [ ] RU [ ]		3125405447		

Dirección vivienda	Municipio	Departamento		Teléfono
CARRERA 94C 426 25 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	Rural [ ] Urbano [X]	

Dirección Trabajo	Municipio	Departamento		Teléfono
CL 127 A 7 12 P 6 ED BMW PLAZA	Bogotá	Bogotá	Rural [ ] Urbano [ ]	

Correo Electrónico	País y Ciudad de Residencia (Solo para Residentes en el Exterior)	Programa (Solo no dependientes)
rincon.freddy1995@gmail.com		

VI. INFORMACIÓN OTROS EMPLEADORES PARA LOS CUALES TRABAJA [ ] Actualmente [ ] Trabajo Anterior Fecha retiro: Fecha afiliación:

Nombre o razón social	Nit	Caja por la cual recibe subsidio

VII. INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A)

C.C. [ ] C.E. [ ] PA [ ] C.D. [ ] TI [ ] PE [ ] PT [ ] No.	Fecha de nacimiento AÑO MES DIA	Género M [ ] F [ ] I [ ]	Trabaja SI [ ] NO [ ]	Salario básico	Fecha de ingreso a la empresa AÑO MES DIA

Nombres	Primer apellido	Segundo apellido

Razón social	NIT	Recibe subsidio	Caja por la cual recibe subsidio
		SI [ ] NO [ ]	

VIII. INFORMACIÓN GRUPO FAMILIAR (Para acceder al derecho de cuota monetaria debe anexar los documentos descritos en la circular 02 de 2016 de la Superintendencia del Subsidio Familiar)

Pies discapacidad (Art. 2.2.3.4) DISCA	CM	SERV	TIPO	No. Documento identificación	Nombres	Apellidos	Parentesco: Hijo	Padre	Hermano	Hijastro	Cónyuge	Fecha de Nacimiento AÑO MES DIA	Género

Apreciado Afiliado: Tú y tu familia son muy importantes para Colsubsidio, por eso queremos estar siempre en contacto contigo. Para lograrlo es indispensable que nos autorices para contactarte. No olvides diligenciar de forma clara y correcta todos tus datos para contarte todo lo que tenemos para ti. Además ten presente que puedes reclamar tu tarjeta de afiliación Multiservicios en alguno de nuestros Centros de Servicio o Puntos de Crédito autorizados, ocho (8) días después de haber radicado este formulario.

AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, identificada con el NIT 860.007.336-1, sobre la cual manifiesto conocer que cuenta con una variedad de áreas de negocio para la prestación de diversos bienes y servicios, tales como: la venta de todo tipo de mercaderías a través de sus supermercados, droguerías, tiendas y canal virtual, así como la prestación de servicios de vivienda, salud, educación y cultura, recreación y turismo, alimentos y bebidas y crédito social, para que en el desarrollo de las mismas se sirva: recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a las personas jurídicas en las cuales tengan participación accionaria o de capital o entidades vinculadas, así como a sus aliados comerciales estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre los diferentes programas y servicios, y en especial para el envío de campañas, promociones o concursos de carácter comercial y publicitario, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012. Por lo anterior autorizo el envío de comunicaciones utilizando mis datos de contacto, tales como: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Redes sociales, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología. SI [ ] NO [ ]

Colsubsidio informa al titular que podrá consultar los términos y condiciones en el link www.colsubsidio.com "Manual de políticas y procedimientos para el tratamiento de datos personales" y elevar cualquier solicitud, petición o queja o reclamo a través de:
Líneas de servicio al cliente Colsubsidio: Línea Audio servicio Bogotá 7457900,línea nacional gratuita 018000947900, página web: www.colsubsidio.com opción servicio al cliente, correo electrónico servicioalcliente@colsubsidio.com o personalmente en cualquiera de los Centros de Servicio Colsubsidio.

EMPLEADOR SOLICITANTE/PENSIONADO SOLICITANTE
Declaro bajo la gravedad de juramento que la anterior información es exacta y necesaria para las funciones de las Cajas y no puede ser suprimida en cumplimiento de los artículos 3, 18, 27 y 37 de la Ley 21/82, Ley 789/02, Dec 2340/03, Dec. 586/04 y Res. 058/04.
NO DEPENDIENTE SOLICITANTE : Autorizo al pagador de mi salario/mesada para descontar y entregar a Colsubsidio el 2% o 0.6% de este valor como aporte de mi afiliación.

FIRMA Y SELLO DEL EMPLEADOR

Freddy Rincon
FIRMA Y CEDULA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

Recibe Subsidio?	No. Beneficiarios	Causal de rechazo (Ver respaldo)	Código Revisor	Observaciones
SI [ ] NO [ ]				

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4010217858	0|5|0|5|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☒ **B.**Reporte de Novedades ☐

2.Tipo afiliacion
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ **B.** Institucional ☐ **B.** De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ **B.**Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ **B.** Cabeza de Familia ☐ **C.** Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☒ **B.** Independiente ☐ **C.** Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
RINCON Primer apellido	GONZALEZ Segundo apellido	FREDDY Primer nombre	OSVALDO Segundo nombre

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	1069717438	Femenino ☐ Masculino ☒	3|0|1|2|1|9|9|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PROTECCION	1675000

18.Residencia

CR 94 C 42 G 25 **Dirección**	**Telefono fijo**	3125405447 **Telefono celular**	RINCONFREDDY1995@GMAIL.COM **Correo electronico**

BOGOTA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	BOGOTA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia

Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Urbana	Rural			
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
YUNEX SAS	NIT	901191622	01

39.Ubicación

AUT MEDELLIN KM 8 5 CR COSTADO SUR Dirección	4253812 Teleéfono	CGH@HOTMAIL.COM Correo electrónico	BOGOTA Municipio/distrito	BOGOTA Departamento

No de Radicacion
4010217858

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|2|0|5|2|0|2|3

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

Freddy R	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX. ANEXOS

☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☒ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: | | | | 1 | | | | | | | Total: 1

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Información para ser diligenciada por el cotizante del grupo familiar:

Primer apellido	Segundo apellido (o de casada)	Primer nombre	Segundo nombre
RINCON	**GONZALEZ**	**FREDDY**	**OSVALDO**

No de identificación	Tipo de documento	Fecha de nacimiento	Sexo	Fecha diligenciamiento
1069717438	RC TI **X** CE PA	**1995 12 30**	**X** F	**2023 05 05**

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE Y CARTA DE DESEMPEÑO

Apreciado Protegido: La Carta de derechos del afiliado y del paciente, y la carta de desempeño, se constituyen en herramienta importante de consulta, para que conozca sus derechos y deberes, al igual que la infraestructura con la que contamos para brindarle la mejor atención, lo estipulado en normatividad vigente y por supuesto, los canales de comunicación con los que puede hacernos llegar sus comentarios y sugerencias.

Con el fin de garantizar la entrega de este importante documento le solicitamos responder el siguiente cuestionario:

1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? **X** NO
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? **X** NO
3. ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente? **X** NO
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? **X** NO
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? **X** NO

Medio de entrega deseado: Electrónico **X** Físico __

CONSENTIMIENTO PARA ENVÍO VIRTUAL (solo para entrega electrónica)

Así pues, con el fin de garantizar su entrega, le solicitamos su respectiva autorización para realizar el envío de La Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño a su correo electrónico:

"Yo: FREDDY OSVALDO RINCON GONZALEZ identificado con el documento de identidad: C No. 1069717438, doy mi consentimiento para que Salud Total EPSS envíe al correo electrónico rinconfreddy1995@gmail.com la Carta de derechos del afiliado y del paciente y la Carta de desempeño

Firma del afiliado (Cotizante): 

Nombres y Apellidos: FREDDY OSVALDO RINCON GONZALEZ
Número de identificación: 1069717438

Fecha de diligenciamiento
2023 05 05

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2023-06-05, 12:11:47 p. m. **Tipo Planilla:** E **Número Planilla:** 63449609

Periodo Cotización: 202305 **Periodo Servicio:** 202306

PAGADA 2023-05-30 00:00:00.0

Se certifica que en la fecha 30/05/2023, la empresa YUNEX SAS, con documento de identificación NI901191622, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado RINCON GONZALEZ FREDDY OSVALDO, con CC 1030662505, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N800226175	14-25	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES
AFP	N800229739	230201	PROTECCION
EPS	N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS
CCF	N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.