

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2023-08              | 2023-08                           | I             | 11/09/2023               | 70771658        | \$571.000     |     |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 230.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 230.700       | 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 | 800224808-8 | 295.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 295.300       | 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 | 45.000                 |                  |       |                        | 45.000                | 0         | 0                     | 45.000              |                            |                     | 450               | 45.000        | 1             |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 230.700                             | 230.700       |
| Pensión                | 1                              | 295.300                             | 295.300       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 45.000                              | 45.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 571.000                             | 571.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                         |        |                                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                        |        | DIRECCIÓN                              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1010019892        | JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA |        | transversal 74 a No 43-60 sur interior | 3218242572         | alejandrapuerta@live.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 |
|                     |                   |                                         |        |                                        |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2023-08              | 2023-08                           | I             | 11/09/2023               | 70771658        | \$571.000 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                         |  |  |  |           |         |                       |                  |           |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |    |       |     |     |                   |     |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------|-----|----|-------|-----|-----|-------------------|-----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                         |  |  |  |           |         | INFORMACIÓN NOVEDADES |                  |           |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |      |     |    | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |            | CCF      |           |            | PARAFISCALES         |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres                     |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Exonerado             | Columna exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP     | TAP | VBP | VBT | SILN | IDE | MA | MA    | VAC | AVP | VCT               | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o 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   | 1010019892            | PUERTA CUTIVA JENNIFER ANDREA ALEJANDRA |  |  |  | 59        | 0       |                       |                  | N         |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |    |       |     |     |                   |     |            | 230301   | 1.845.300 | 295.300    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.845.300 | 230.700                | 14-11    | 1.845.300 | 3               | 45.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

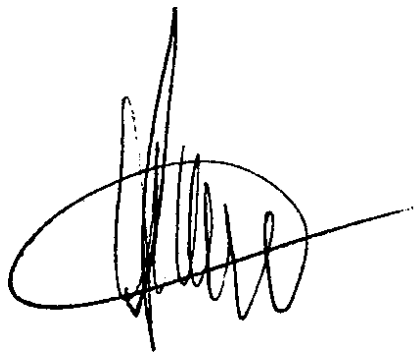
PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA**  
**C.C. 1.010.019.892 DE BOGOTÁ D.C**

La suma de (4.613.064) Cuatro Millones Seiscientos Trece Mil Sesenta y Cuatro Pesos, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como PSICOLOGO en la Dirección de Gestión de Riesgo de la Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occidente ESE, durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5091-2023.



**JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA**  
**C.C. 1.010.019.892 DE BOGOTÁ D.C**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 550488429523787**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------|-------|-----------------------------------------|-------------------------|------------------------|---------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         | Versión                 |                        | 3             |           |  |            |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                           |       |                                         | Fecha de aprobación     |                        | 2/15/2018     |           |                                                                                     |            |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         | Código:                 |                        | 04-02-FO-0002 |           |                                                                                     |            |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |       | JENNIFER ANDREA ALEJANDRA PUERTA CUTIVA |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                           |       | C.C                                     | X                       | C.E                    | No.           |           | 1010019892                                                                          |            |                         |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                           |       | psicologaalejandrapuerta@gmail.com      |                         |                        |               | CELULAR:  |                                                                                     | 2609390    |                         |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |       |                                         |                         |                        | SUBRED        |           |                                                                                     |            |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |       | EQUIPO ATENCION EN CASA BOSA            |                         |                        |               | SEDE:     |                                                                                     | SUBRED     |                         |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo           | %     |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | BO36K33-5                 | 100   |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A      |       |                                         |                         | TIPO DE CUENTA:        |               | AHORRO    |                                                                                     |            |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                           |       | 550488429523787                         |                         |                        |               |           | PENSIONADO                                                                          |            | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                           | 5091  |                                         |                         | VIGENCIA               |               |           | 2023                                                                                |            |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 378                       | FECHA |                                         | 2024-01-26 14:41:46.000 | NÚMERO DE CRP          |               | 12408     | FECHA                                                                               |            | 2024-01-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  | PROFESIONAL EN PSICOLOGIA |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                           | DESDE |                                         | FECHA INICIAL           |                        | HASTA         |           | FECHA FINAL                                                                         |            |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         | 2023-09-01              |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                           |       |                                         | \$4,613,064             |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  | Asistencial               |       |                                         | RESERVA DE GLOSA 0%     |                        |               |           | N/A                                                                                 |            |                         |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |       |                                         |                         |                        | \$23,065,320  |           |                                                                                     |            |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         |                         |                        | \$22,563,900  |           |                                                                                     |            |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                           |       |                                         |                         |                        | \$4,613,064   |           |                                                                                     |            |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                           |       |                                         |                         |                        | \$0           |           |                                                                                     |            |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                           |       |                                         |                         |                        | \$501,420     |           |                                                                                     |            |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                           |       |                                         |                         |                        | 98%           |           |                                                                                     |            |                         |
| 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 \$2.194,507 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 |                         |
| 70771658                                                                                                                                                                                                                                                     |  | \$1,845,226               |       | \$230,653                               |                         | \$295,236              |               | 3         |                                                                                     | \$44,950   |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br>52779671<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                    |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |  |                           |       |                                         |                         |                        |               |           |                                                                                     |            |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES                                                                                                                                               | PRODUCTOS                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | realización de vista de seguimiento a familias caracterizadas                                                                                             | historia clínica                                                         |
| 2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | dar orientación a la familias de líneas distritales de ayuda con la que puede contar para el desarrollo de actividades                                    | historia clínica, canalización sirc                                      |
| 3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Activar las rutas canalización de los casos que necesite como sus respectivas fichas según lo especifica la SDS                                           | historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS               |
| 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada                               | Acta de asistencia a reuniones                                           |
| 5. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | movilizar las actividades con la comunidad para reducir los riesgos en salud                                                                              | historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS               |
| 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                       | entregar los productos acorde al perfil de psicología de salud a mi barrio y salud a mi vereda                                                            | historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS               |
| 7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | presentar los productos que se necesite para auditoría por parte de secretaria                                                                            | historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS               |
| 8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | elaborar con el cronograma con el líder de localidad para revisar y entrega de productos                                                                  | historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS               |
| 9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Informar al líder a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato                                                | Acta o informe vía magnética al gestor de los inconvenientes presentados |
| 10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución                                                                                              | chaqueta en buen estado y carnet en buen estado                          |
| 11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Atender las diferentes problemáticas que se puede presentar con la familias caracterizadas y generar la respectiva psico orientación con relación a ellas | historia clínica,, pruebas complementarias , canalización a sirc         |
| 12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | mantener el equipo en buen estado y darle un buen uso                                                                                                     | equipo en buen estado                                                    |
| 13. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | mantener el equipo en buen estado y darle un buen uso                                                                                                     | equipo en buen estado                                                    |
| 14. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en la estrategia de equipo de atención en casa                                                   | historia clínica,, pruebas complementarias , canalización a sirc         |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021