Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ		**Número de Documento:**	79988912	
Correo Electrónico:	jahpoet@gmail.com		**Número Telefónico:**	79988912	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5823-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1394
Perfil:	TECNICO (TERRITORIOS)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07PI002	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-09-30	1	$ 9841792	1790
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 2460448	2837
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 4920896	3497
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 3530208	233
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 3851136	611

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 2460448
2	JUNIO	$ 2460448
3	JULIO	$ 2460448
4	AGOSTO	$ 2460448
5	SEPTIEMBRE	$ 2460448
6	OCTUBRE	$ 2460448
7	NOVIEMBRE	$ 2460448
8	DICIEMBRE	$ 2460448
9	ENERO	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2460448	**$ 27064928**	**$ 22144032**	**$ 4920896**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Garantizar la apertura de la historia clínica y dar acceso al profesional de la salud (médico, médico especialista, enfermera y psicólogo) quien hará el registro de la atención médica en el sistema de información para registro de historia clínica.	Se realiza admisión y apertura del ingreso de acuerdo a la población atendida para que el profesional pueda evolucionar	Ingresos abiertos en el Sistema de Informacion Dinamica
2	Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018) y determinará el tipo de atención que requiere el usuario.	se realiza verificacion de las frecuencias de uso segun elesquema de intervencion o lineamientos que necesite cada usuario, de acuerdo a la matriz de PyD y de acuerdo a la contratacion con cada EAPB	Facturacion generada de acuerdo a las frecuencias de uso
3	Verificar el registro de la atención y dar cierre al proceso, en caso de identificar atenciones sin registro en historia clínica informar al líder de planeación quien realizará el reporte a los líderes operativos para su debido seguimiento.	Verificar el registro de la atención y dar cierre a los ingresos que estan evolucionados en el sistema, si hay ingresos que no estan evolucionados y despues del tiempo establecido se reporta a la lider para que se realice gestion y se puedan cerrar los ingresos	Ingresos cerrados y facturas generadas de acuerdo a las atenciones en Dinamica
4	Realizar el cierre del 100% de los ingresos aperturados durante el mes, realizando la facturación a la EAPB correspondiente, según la atención realizada por parte de los profesionales y realizar el registro de la apertura de la historia clínica en la matriz definida para tal fin.	Realizar el cierre de los ingresos de acuerdo a la verificacion realizada en dinamica, teniendo en cuenta la contratacion vigente con las diferentes EAPB	Facturas realizadas de acuerdo a la matriz de contratacion vigente entre la subred y las EAPB

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Realizar la revisión de historia clínica en busca de las órdenes generadas por las consultas realizadas por los profesionales de equipos de atención en casa, adicionalmente se realizará una revisión de frecuencias de uso con el fin de identificar las consultas pendientes que por curso de vida le corresponde a cada usuario según esquema de atenciones, y realizar agendamiento de las citas médicas que sean necesarias teniendo en cuenta la disponibilidad de agenda en la subred o de EAC, dejar registro del tipo de consulta agendada en matriz de agendamiento.	Verificar los servicios ordenados por los profesionales durante la consulta y realizar gestión frente a las solicitudes, verificar frecuencias de uso de los diferentes servicios y validar que servicios son suceptibles de cobro	Citas agendadas y facturas generadas de acuerdo a los servicios solicitados por los profesionales
6	Realizar el proceso de verificación en historia clínica de las órdenes médicas derivadas de la atención inicial de EAC, identificará los usuarios con órdenes a las especialidades de: medicina familiar, medicina interna y psiquiatría, con el fin de realizar el agendamiento de acuerdo con la modalidad de servicio habilitada en cada subred con los profesionales especializados que se encuentran contratados en el convenio para tal fin.	Realizar el proceso de agendamiento de acuerdo a lo ordenado por los profesionales, identificar las ordenes de especialistas para agendar de acuerdo a los profesionales del convenio contratados en las unidades	Citas asignadas con los profesionales contratado por el convenio en las diferentes unidades
7	Realizar el contacto telefónico de los usuarios que se encuentran en la base de ruteo-SDS con el fin de actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología. Al finalizar este primer contacto telefónico con el usuario se indicará el objetivo de la visita, tipo de atención y día en el que el equipo realizará la valoración integral del usuario y su familia en la vivienda.	Generar reporte de atenciones realizadas durante el mes de acuerdo a lo facturado por los auxiliares de territorio	Informe facturacion del mes
8	Realizar el proceso de recordación de citas previo al día de la cita asignada, que consiste en el contacto telefónico y/o uso de otros canales de comunicación, con el fin de recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC). Sí hay cancelación de la cita por parte del usuario habrá lugar a una reprogramación de esta.	Generar reporte de citas asignadas y atenciones realizadas por los profesionales del equipo de territorio de manera mensual	Informe de citas asignadas
9	Realizar el seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto telefónico o realizando la verificación en historia clínica dicha atención. En caso de inasistencia del usuario se realizará la reprogramación de la cita según disponibilidad de agendas y disponibilidad del usuario.	Generar informe y seguimiento de actualizacion de datos de acuerdo a las facturas realizadas con el fin de incrementar el porcentaje de actualización de datos para facilitar procesos de la Subred	Reporte de facturas realizadas con la ultima actualizacion de datos en el sistema de informacion dinamica
10	Llevar registro del 100% de usuarios con citas agendadas, que darán cuenta del tipo de agendamiento, fechas de las citas, tipo de consulta, estado de la cita, entre otros, adicionalmente permitirá realizar un proceso de recordación de citas, seguimiento a los usuarios inasistentes, y reprogramaciones.	Presentar informacion de las actividades realizadas por el convenio de territoio ante los diferentes procesos con el fin de definir la participacion del convenio en el total de la produccion de la Subred	Informe y reporte de informacion a los diferentes procesos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Asistir de manera oportuna al comité interno de planeación, el cual se realizará una vez al mes, en estas sesiones se identificarán las necesidades de articulación con procesos de EAC y de la Subred, así mismo, se revisarán los indicadores para establecer las mejoras a que haya lugar para el proceso.	Asistir de manera oportuna a las diferentes mesas de trabajo que se realicen con el fin de crear estrategias que mejoren los procesos	Asistencia a las mesas de trabajo y/o reuniones
12	Ejecutar las demás actividades descritas en el proceso de planeación de la atención en las cuales se menciona el perfil de técnico auxiliar de enfermería o administrativo.	Ejecutar las demás actividades asignadas para el cumplimiento de las metas	Realizacion de informes, cruces y presentacion de informacion del convenio de territorio
13	Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados.	Generacion de reporte de actividades facturadas con cargo a la EPS capital salud durante el mes anterior, realizar cruce contra las atenciones realizadas por los profesionales	Informe de conciliacion de servicios prestados vs los servicios facturados
14	De acuerdo a la matriz programática realizará la meta establecida por PRODUCTOS y se realizarán las Agendas con seguimiento según lo solicitado por Equipos de Atención en Casa y Relevos, Asistencia y Análisis de casos, Casos con apertura y cierre de atención.	Realizar auditoria a la facturacion realizada por los facturadores del equipo de territorio	Facturacion correcta de acuerdo a la revision realizada

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2460448
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	74916563	-		
2024	ENERO	2024	02	21				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1256666.6666667	$ 201067	$ 208000
Salud		COMPENSAR		$ 157083	$ 162500
ARL	3	SURA		$ 30612	$ 31700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 364710	$ 402200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004800284152

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	2024-02-25 22:23:50
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-26 09:52:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	2024-02-26 11:57:23
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	2024-02-26 12:10:58
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-26 15:43:15
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	2024-02-26 16:04:01
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-02-26 19:29:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-02-27 17:18:47

© Siasur - 2024

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

© Siasur - 2024

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	**NIT:**	79988912
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2024
Número de Radicación:	74916563	**Total a pagar:**	$416,100
Fecha de vencimiento:	05/02/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	21/02/2024	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	468159051
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$32,200
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$211,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$8,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$164,900
						$416,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 74916563, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79988912	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	KR 79 A NO 74 C 19 SUR	3132239844	jahpoet@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	
2024-01	2024-01	I	21/02/2024	74916563	$416.100	

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	162.500	0		0		0	16	2.400	0	164.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	16	3.000	0	211.000	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	31.700				31.700	16	500	32.200			317	32.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	16	200	8.000	1

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	162.500	164.900
Pensión	1	208.000	211.000
Riesgos Laborales	1	31.700	32.200
CCF	1	7.800	8.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	416.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79988912	JAHIR ANDRES PARADA GONZALEZ	KR 79 A NO 74 C 19 SUR	3132239844	jahpoet@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	21/02/2024	74916563	$416.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	79988912	PARADA GONZALEZ JAHIR ANDRES	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA JUNIO CTO 5788-2023.pdf (Archivado)	CUENTA JUNIO CTO 5788-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5823-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5823-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5823 - 2023 SS.pdf	CUENTA JULIO CTO 5823 - 2023 SS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5823-2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5823-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5823-2023.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5823-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5823- 2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5823- 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5823-2023.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5823-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5823 - 2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5823 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5823 - 2024.pdf	CUENTA ENERO CTO 5823 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN

Nombre

Pregunta requerida

Proceso / Oficina

Pregunta requerida

Ár

Pregunta requerida

Unidad

Pregunta requerida

SECCIÓN 1: CONCIENCIA DE SEGURIDAD

1. ¿Está al tanto de las políticas de seguridad de la información de la entidad?

- Si
- No

Pregunta requerida

2. ¿Está al tanto de las políticas de seguridad digital de la entidad?

Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información

Aceptar