Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA MILENA MORA CHARRY					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.023.922.760			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1788 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.194.624	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.809.248	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.159.392		
Nº DE INFORME:	10	Nº CRP:	13826	Nº CDP:	143
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y (10) DIEZ DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	5	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 2.379.472	CDP DE LA ADICIÓN:	936	CRP DE LA ADICIÓN:	21499	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	CRP DE LA ADICIÓN:	25093	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	CRP DE LA ADICIÓN:	28653	TIEMPO PRORROGADO:	1MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	CRP DE LA ADICIÓN:	32816	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.644.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	CRP DE LA ADICIÓN:	36972	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	x
Nº DE PÓLIZA:	123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	SE REALIZAN ATENCIONES A LOS PACIENTES CON PROCEDIMIENTOA TALES COMO TOMA DE GASES ARTERIALES. TOMA DE MUESTRAS RESPIRATORIAS. REALIZACION DE TERAPIAS. RESPUESTA A INTERCONSULTAS DE ACUERDO A ORDEN MÉDICA.
2	SE REALIZARA LA RESPUESTA DE INTERCONSULTAS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS. SE PRESTARA EL SERVICIO A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN LA ENTREGA DE TURNO O DE LOS QUE SE RECIBE LLAMADO PARA LA ATENCIÓN. SE REALIZAN ACCIONES PROPIAS EN EL SERVICIO DE SALA ERA.
3	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS. RESPONDIENDO LLAMADOS. INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS
4	SE DA COBERTURA A TODOS LOS SERVICIOS. RESPONDIENDO LLAMADOS. INTERCOSNULTAS Y REQUERIMIENTOS
5	SE BRINDA EDUCACIÓN Y ASESORIA EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LOS CUIDADORES EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. MANEJO DE OXIGENO DOMICILIARIO Y EN CUIDADOS EN CASA
6	SE ELABORAN INFORMES DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES Y SE ENTREGA A LIDER DEL PROCESO
7	CUMPLIR Y SOCIALIZAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES
8	SEGUIMIENTO A ESTADO DE SALUD DE PACIENTES SALA ERA.
9	SE REALIZA EVOLUCIÓN DE TODO PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO REALIZADO AL PACIENTE PARA SU POSTERIOR REVISIÓN
10	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
11	SE DILIGENCIA DOCUMENTO DE HISTORIA CLÍNICA ENFATIZANDO LA CONFIDENCIALIDAD Y ÉTICA DURANTE EL MANEJO DE ESTA.
12	ADECUADO USO DE ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.

13	EN CASO DE PORTAR EQUIPOS AJENOS A LA INSTITUCIÓN.
14	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCION, CONOCER LA INSTITUCIÓN, PLATAFORMA ESTRATEGICA
15	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
16	PARTICIPAR EN LA ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DEL AREÁ DE REHABILITACION Y PARTICIPAR EN ADHERENCIA A LOS MISMOS
17	LEER LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN, CONOCER LA INSTITUCION, PLATAFORMA ESTRATEGICA
18	RESPONDER DE FORMA OPORTUNA QUEJAS, RECLAMOS SOLICITUDES
19	MANTENER SOPORTES NECESARIOS PARA EVITAR GLOSAS, ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTUIPILADO POR LA INSTITUCION CON RESPUESTA OPORTUNA
20	DETECTAR Y NOTIFICAR EVENTOS DE SEGURIDAD
21	REALIZAR REPORTE OPORTUNO DE EVENTOS DE INTERES PUBLICA
22	APOYAR AL PERSONAL EN DESARROLLO CON LOS DIFERENTES ROLES
23	REALIZAR SOCIALIZACIONES PERTINENTE AL ÁREA
24	ASISTIR A REUNIONES, CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR
25	INFORMAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER IMPREVISTO QUE SE PRESENTE EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES
26	ACTUAR Y PROCEDER DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LA INSTITUCIÓN CON RESPUESTA OPORTUNA
27	REALIZAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORA DE LOS ENTES INTERNOS Y EXTERNO
28	ACTUALIZACION EN LOS APLICATIVOS REQUERIDOS
29	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES EN LA UNIDAD INDICADA POR EL SUPERVISOR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067262062	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/10/2024	$ 230.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/10/2024	$ 295.000
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	11/10/2024	$ 45.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 570.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Claudia Mora

CLAUDIA MILENA MORA CHARRY
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1023922760
CEL: 3112919378

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MILENA MORA CHARRY	CC:	1023922760
		RUT (NIT):	1023922760-0
CORREO ELECTRÓNICO:	moracharryclaudiamilena@gmail.com	TELÉFONO:	3112919378
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 8 #86-65 TORRE 2 APTO 1101 CASTILLA IMPERIAL	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0084 0077 4405

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1788 2024	N° CDP:	2610	N°. RP:	36971	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES Y (10) DIEZ DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 37.809.248
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.159.392 CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS					

Claudia Mora

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1023922760
cel:3112919378

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CLAUDIA MILENA MORA CHARRY
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.922.760

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1788 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7.194.624,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 37.809.248,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.159.392,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10)	N° CRP INICIAL:	13826	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	143
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067262062		OPERADOR:	simple	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPEUTICO Y REHBILITACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA SALUD CÓDIGO 237 GRADO 16		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 2.379.472	CDP DE LA ADICIÓN:	936	RP DE LA ADICIÓN:	21499	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1259	RP DE LA ADICIÓN:	25093	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 5.395.968	CDP DE LA ADICIÓN:	1617	RP DE LA ADICIÓN:	28653	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES 10 DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	2191	RP DE LA ADICIÓN:	32816	TIEMPO PRORROGADO:	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 15.644.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2610	RP DE LA ADICIÓN:	36971	TIEMPO PRORROGADO:	(3 MESES)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	#¡REF!	CDP DE LA ADICIÓN:	#¡REF!	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
ANGELA MARIA MENDOZA MESA
CARGO:
LIDER APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LUISA FERNANDA FUENTES GARZON
PERFIL:
ENLACE OPERATIVO

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 11:10:17 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1067262062

Periodo Cotización: septiembre de 2024 Periodo Servicio: septiembre de 2024

PAGADO 11/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA MILENA MORA CHARRY		
Documento	CC1023922760	**Dirección**	CARRERA 73 B BIS A # 35 C 67
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112919378
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días CCF	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Min Educación	Total
C 1023922760	CLAUDIA MILENA MORA CHARRY	57	00																	0	30	30	30	0	(23)001) COLFONDOS	$ 1,843,622	$ 295,000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1,8	$ 230,500	2,436	$ 1,843,622	$ 45,000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570,500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1,843,622	$ 1,843,622	$ 1,843,622	$ 0	$ 295,000	$ 230,500	$ 45,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 570,500	$ 0	$ 570,500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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