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 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					
KEVIN STEVE MARIÑO SALAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.024.561.490				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3035 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.148.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.143.560		
Nº DE INFORME:	9	Nº CRP:	16927	Nº CDP:	145
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	987	CRP DE LA ADICIÓN:	23079	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1402	CRP DE LA ADICIÓN:	25620	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1756	CRP DE LA ADICIÓN:	30096	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2242	CRP DE LA ADICIÓN:	33962	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2591	CRP DE LA ADICIÓN:	36069	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3065	CRP DE LA ADICIÓN:	40740	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3373	CRP DE LA ADICIÓN:	43030	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	x
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

ITEM	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)
1	APOYA CON EL REGISTRO DE FACTURAS EN FORMATO EXEL DE LOS CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS DE LOS PROVEEDORES A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES.
2	REALIZAR EL PEDIDO MENSUAL DEL ÁREA CON RESPECTO A LA NECESIDAD DE PAPELERÍA Y SUMINISTROS DE LA OFICINA
3	APOYAR LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS
4	APOYAR EL SEGUIMIENTO A LOS CONTRATOS DE OPS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES

5	APOYAR LA VERIFICACIÓN DE LOS SOPORTES REQUERIDOS A LOS CONTRATISTAS PARA SU CERTIFICACIÓN DE PAGO Y APOYAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN PARA EL PAGO MENSUAL DE LOS CONTRATISTAS A CARGO DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES
6	APOYAR LA PROYECCIÓN DE HORAS Y MONTOS DE CONTRATO DEL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES
7	ARCHIVAR ADECUADAMENTE, ACTAS, INFORMES, Y/O DOCUMENTOS QUE PERTENEZCAN A LA OFICINA PARA LUEGO SER TRANSFERIDOS Y EL MANEJO DE LA GESTIÓN DOCUMENTAL
8	APOYAR AL REGISTRO DE LAS NOVEDADES DE PERSONAL
9	INFORMAR A LOS USUARIOS SOBRE LOS PROCESOS GENERALES ADMINISTRATIVOS Y DOCUMENTACIÓN PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS
10	APOYAR LA CONSOLIDACIÓN MENSUAL DE ESTADÍSTICAS Y SUMINISTRAR OPORTUNAMENTE LA INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA SUBRED
11	APOYAR EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN LAS CUALES SEA REQUIERA, DE CONFORMIDAD CON LA NECESIDAD DEL SERVICIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
12	REGISTRAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN LOS DATOS NECESARIOS DEL USUARIO CON EL FIN DE ENTREGAR RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES
13	INFORMAR AL PERSONAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES SOBRE LAS REUNIONES, COMITÉS, CAPACITACIONES Y DEMÁS COMPROMISOS
14	ASESORAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LOS DIFERENTES PROCESOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICOS, DE TOXICOLOGÍA Y SERVICIOS TRANSFUSIONALES
15	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
16	DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO
17	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR
18	VELAR POR EL SEGUIMIENTO DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD, SALUD OCUPACIONAL Y GESTIÓN AMBIENTAL
19	SE DESARROLLARÁN LAS ACTIVIDADES EN CUALQUIERA DE LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES A LA SUBRED CENTRO ORIENTE DE ACUERDO A LA ASIGNACIÓN REALIZADA POR EL SUPERVISOR
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1066683596	OPERADOR:	PAGO SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	16/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	16/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/10/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

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, pension, 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

KEVIN STEVEN MARIÑO SALAS:
CC:1024561493
CEL:3175762913

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:	KEVIN STEVE MARIÑO SALAS	**CC:**	1024561490
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	KEVINMARINO13@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3175762913
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 69B # 65-76	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 titulo 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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	21552273351

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3035 2024	**Nº CDP:**	3373	**Nº. RP:**	43030	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 25.148.480
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 3.143.560					
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					

KEVIN STEVE MARIÑO SALAS
C.C 1024561490
cel: 3175762913

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	KEVIN STEVE MARIÑO SALAS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.024.561.490				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3035 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.292.040,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(9 de 9)	**N° CRP INICIAL:** 16927		**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	145
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1066683596		**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	LABORATORIO CLÍNICO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA		PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	987	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23079	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1402	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25620	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1756	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30096	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2242	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33962	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2591	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36069	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3065	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40740	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3373	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43030	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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:** **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **CARGO:** **PROFESIONAL AREA DE LA SALUD**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARTHA CECILIA OQUENDO OSPINA** **CARGO:** **PROFESIONAL AREA DE LA SALUD**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-16, 09:45:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066683596

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8859686730

PAGADO 16/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEVIN STEVE MARINO		
Documento	CC1024561490	Dirección	CRA 69 B # 65 76 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3175762913
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

I. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
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 EPS	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	Apo Mini
C 1024561490	KEVIN STEVE MARIÑO SALAS	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.