E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO identificado con C.C. 57439046

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20242530	RP:	2933	CDP:	510
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	14.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	2.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2024-04-01	FECHA DE FINALIZACION:	2024-10-31		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NINA VANESSA DIAZ ACOSTA				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	997	RP - ADICION:	5558	VALOR CONTRATO CON ADICION:	4.000.000,00

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. *El contrato se encuentra debidamente legalizado:* SI
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:* SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Octubre

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
36727527
UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERÍA

Scanned with CamScanner

HJMB JULIO MENDEZ BARRENECHE	FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO	CODIGO: GJC23F VERSION: 003 FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024 PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

MONICA ESTHER FENANDEZ CAMARGO

CON C.C N° 57439046

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO LOGISTICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	CD202426900	DE FECHA INICIO	01/04/2024

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO: DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)
1	Recibir y entregar turno deacuerdo a la guia.
2	Proporcionar atención de enfermeria a pacientes de consulta externa, hospitalizados segun las necesidades fisicas, fisiológicas, psicologicas y sociales. (toma de signos vitales, baño en cama, asistir en la alimentacion, toma de glucometria, cambios de posición, arreglo de la unidad, toma de muestra de laboratorio, realizar venopunción y verificar signos de flebitis, instalar y retirar infusiones de liquidos, asepsia a los implementos de trabajo como aspirador, riñoneras, pisingos, patos cada yez que sea necesario).
3	Asistir al paciente en la alimentacion enteral y parenteral.
4	Informar al enfermero de turno y a la profesional especializada de seguridad al paciente los incidentes, eventos adversos presentados en el servicio
5	Informe de las fallas de material y equipos de servicio.
6	Realizar las respectivas solicitudes y devoluciones a farmacia de insulos o medicamentos de los pacientes que ingresen y egresen bajo la supervision de la enfermera.
7	Recibir y entregar alos pacientes a los diferentes servicios con la lista de chequeo correspondiente.
8	Asistir a la ronda medica y durante los procedimientos de estos.
9	Apoyar al personal de enfermeras en los procedimientos (curaciones, colocacion y retiro de sonda vesical, sonda nasogastrica, y otros procedimientos.
10	Realizar durante el turno, seguimiento diario y registrar todad las actividades y evoluciones del paciente en la historia clinica (notas de enfermeria), en los tiempos reglametados.
11	Observacion y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes.
12	Informar a la profesional especializada de seguridad del pacientes los incidentes, eventos adversos y participar en reuniones para estudios de estos y todos los que deriven de la atencion del paciente.
13	Proporcionar orientacion al paciente y familiar.
14	Atender a los pacientes con trato humanizado en el turno y / o area asignada de la E.S.E
15	Realizar asepsia general semanal y diaria cuado egrese el paciente, registra en el formato correspondiente.
16	Clasificar, controlar y ordenar las lencerias de los servicios a efectos de reposicion de ropa y de vestuario, relacionandose con los servicios de lavanderia
17	Realizar una adecuada segregacion de los elementos de proteccion personal, residuos hospitalarios que se generen de la atencion de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia
18	Recibir, registrar oportunamente los elementos de proteccion personal, y cumplir con el correcto uso de estos
19	Hacer los usos correctos de administracion de medicamentos
20	Adherencia a protocolos, guias y procedimientos requeridos en la prestacion de servicio
21	Conducir a los usuarios a los distintos servicios y a otras instituciones de salud.
22	Arreglo del cadaver y entregarle al familiar todas las pertenencias del paciente fallecido.
23	Informar a la enfermera y medico de la fuga del paciente
24	Realizar seguimiento a la administracion de los medicamentos por la enfermera (farmacovigilancia)
25	Realizar procesos de esterilizacion de instrumental, insumos y dispositivos medicos, comprobar el correcto empaquetamiento de este y el cumplimiento de los registros especificos.
26	Preparar los paquetes de material (confesion de apositos, gasas, torundad y otro material), colocar los controles quimicos y biologicos necesarios, poner la fechas de envasado, cerrar los sobres de material.
27	Clasificar el amterial de esterilizacion, comprobar el correcto empaquetamiento, introducir los diferentes paquetes segun las pautas fijadas, colaborar en la puesta en marcha de los aparatos, complementar los registros especificos.
28	Proporciona desde la zona intermedia todo el material necesario para la intervencion (hojas bisturies, apositos ...), y mantenerla en perfecta, limpia y ordenada
29	Trasladar al paciente a quirofano y realizar el monitoreo completo (puksoximetro, tensiometro, electrodos, placa de bisturi) para iniciar el procedimiento.
30	asegurar el correcto etiquetado de las muestras biologicas obtenidad durante la intervencion y de su envio a los laboratorios correspondientes (anatomia patologic, microbiologia, etc).
31	Revisar el funcionamiento de los equipos y elementos que se encuentran on la ambulancia y otros servicios: pulsoximetro, aspirador, tensiometro, el desfibrilador -
32	Ayudar al medico en las maniobras de "soporte vital basico " (SVB) Y "soporte vital avanzado " (SVA) que se aplique al enfermo entico
33	Movilizare inmovilizar al paciente con seguridad y rapidez, en problemas traumatologicos y psiquiatricos: Eto.

Scanned with CamScanner

34	Al realizar el traslado de un paciente a otro servicio o por medio de la ambulancia, antes : Recibir las ordenes del servicio, informarles a los familiares que se le van a realizar los procedimientos y debe estar listo media hora antes, verificar el nombre del paciente, numero de cama asignada, verificar el estado del paciente, para ver si se puede transportar en silla de ruedas o camilla, verificar el acompañamiento del familiar, mirar las condiciones de las venas, si estan permeables y con angiocath No. 18 y reciente.
35	prepacion del paciente para procedimientos quirurgicos y medios diagnosticos como TAC, ecografias, estudios especializados y otros.
36	Llevar el registro de verificacion de los pacientes que van para procedimientos quirurgicos (lista de chequeos).
37	Verificar que este diligenciado el consentimiento para transfusiones sanguineas, autorizacion de procedimientos quirurgicos y de anestesia, decalaracion de retiro voluntario esten diligenciados.
38	Llenar el formato de transfusion sanguinea antes, durante y despues de la transfusion.
39	Preparacion del equipo y paciente antes, durante y depsues de la atencion del parto.
40	Atencio del recien nacido
41	Preparar el equipo y la paciente para el monitoreo fetal.
42	Actulizacion del kardex y tarjetas de medicamentos si la enfermera no se encuentra o esta ocupada
43	Controlar las entradas y salidas de historias clinicas de su consultorio (prestacion de historias clinicas).
44	Surtir a los consultorios de materiales, equipos, etc.
45	Recibir al paciente y la programacion de cirugia ambulatoria, verificar que no tenga accesorios, no uñas pintadas, no cabellos mojados, el paciente no este afectado en la zona de insercion, verifica los documentos de este, que esten completos y actualizados, hacer las notas de enfermeria, verificar la autorizacion para la cirugia, admisionar, y trasladar al piso correspondiente.
46	Al recibir el paciente procedente de cirugia u otro servicio verificar que la historia clinica este todos los registros medicos y de enfermeria esten lleno.
47	Recoger las facturas de los pacientes y verificar que estos aparezcan en el sistema.
48	Bajo la resolucion 1955 de 1999 y 839 del 2017 Cumplir con el diligenciamiento de los RIPS, formato de seguimientos, evaluacion, facturacion y registros propios de la E.S.E
49	Uso adecuado y racional de elemtos, recursos y demas medios institucionales.
50	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermeria en cualquier servicio de la E.S.E
51	Responder por los daños y perjuicios en salud que se le genere a un usuario por si negligencia, omision, descuido, olvido exceso o cualquir otra accion imputable a su culpa.
52	Tener comunicación las 24 horas del dia para su facil localizacion en casos de urgencias para lo cual deberan certificar el numero telefonico.
53	La suspensión, cancelacion y atrasos en la prestacion de los servicios por incumplimiento en los turnos asignados, sin justificacion que ocasionen trastornos y / o alteraciones en la oportunidad de la prestacion de servicio, seran objetos de glosas de la orden que se genere, el imcumplimiento a un turno nocturno no tiene derecho al descanso.
54	El valor mensual facturado dependera de las actividades contratadas y cumplidad por parte del contratista y verificados por el supervisor del contrato.
55	Reportar inmediatamente cualquier incapacidad a la profesional especializada de la unidad de enfermeria.
56	Desarrollar las actividades definidas deacuerdo a contratacion definido por partes con las agendas de turno y horas estalecidas mensuales (192h).
57	Asistencia a capacitaciones, programas de formacion continua y apropiacion de procesos de induccion y reinduccion
58	Garantizar que la prestacion de servicio objeto del contrato cumpla estrictamonte con las caracteristicas y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Mendez Barrenecho. Adicionalmente la garantia de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
59	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demas que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4570656159	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	24/10/2024	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	24/10/2024	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	24/10/2024	31.700

IV. 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 por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. 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 .

FIRMA DEL CONTRATISTA:	
N°. IDENTIFICACIÓN:	439046

Scanned with CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	57439044
NOMBRE O RAZON SOCIAL			MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
CIUDAD/MUNICIPIO	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO	MAGDALENA
DIRECCION	CALLE 33 4-38 MANZANARES	TELEFONO	4217813
TIPO APORTANTE	G-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACION	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NUMERO PLANILLA		4570654159	TIPO DE PLANILLA		INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre AÑO	2024
DIAS DE MORA		14			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)		2024/10/24	NUMERO AUTORIZACIÓN		[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.1[illegible]	$ [illegible]	$ 208.000	$ [illegible]	$ 210.1[illegible]
SUBTOTALES										$ 208.000	$ [illegible]	$ 210.1[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ [illegible]		$ [illegible]	$ 162.500	$ [illegible]	$ 1.702	$ 0	$ 162.500	$ 1.702	$ 0	$ 164.20[illegible]
SUBTOTALES													$ 162.500	$ 1.70[illegible]	$ 0	$ 164.20[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD EP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 40[illegible]	$ 0	$ 32.1[illegible]
SUBTOTALES									$ 31.700	$ 40[illegible]	$ 0	$ 32.1[illegible]

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COL EXTRANJERO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 57439044	FERNANDEZ CAMARGO MONICA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	Normal	$ 208.000

SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS005-SANITAS S.A.	30	1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.300.000	57439044	$ 31.700

PARAFISCALES

DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 406.400

Scanned with CamScanner

E.S.E. Hospital Universitario JULIO MÉNDEZ BARRENECHE	ACTA FINAL	CÓDIGO: GJC26F VERSIÓN: 01 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/1/2024 Página 1 de 1

ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20242530 DEL 2024

NO. DEL CONTRATO	**CD20242530 DE 2024**
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MONICA FERNANDEZ CAMARGO**
NO. DE IDENTIDAD	CC: 57.439.046
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA (O) PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE. (cambiar si es auxilaiar)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	14 MILLONES DE PESOS ($ 14.000.000)
FORMA DE PAGO	7 cuotas por valor de DOS MILLONES DE PESOS M/L. (2.000.000) ($2.000.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento de expedida por parte del Supervisor del contrato.
PLAZO DE EJECUCIÓN	Previa legalización del contrato sin exceder 31 de OCTUBRE de 2024.
CDP	510
CDP ADICION	N/A
REGISTRO PRESUPUESTAL	2933
REGISTRO PRESUPUESTAL ADICION	N/A
FECHA DE ACTA DE INICIO	01 DE ABRIL DE 2024
FECHA DE TERMINACION CONTRATO	31 DE OCTUBRE DE 2024
SUPERVISOR DEL CONTRATO	UNIDAD FUNCIONAL DE ENFERMERIA

Entre los suscritos, **NINA VANESSA DIAZ ACOSTA**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número ***CC. 36.727.527,*** *expedida en Santa Marta, obrando en calidad de Subgerente cientifica, quien actúa como supervisor del contrato* ***CD20242530,*** *por otra parte,* **MONICA FERNANDEZ CAMARGO**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 57.439.046 en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los **31** *días, del mes de* **OCTUBRE** *del año* **2024.**

SUPERVISOR,

NINA VANESSA DIAZ ACOSTA
CC36.727.527

CONTRATISTA,

MONICA FERNANDEZ CAMARGO
CC. 57.439.046

COPIA CONTROLADA

Scanned with CamScanner

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
57439046
MZ U CASA 14 CONCEPCION 2
3004146576
MONFERCA1974@HOTMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	2024-10-29		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO		
DOCUMENTO:	57439046		
DIRECCIÓN:	MZ U CASA 14 CONCEPCION 2	TELÉFONO:	3004146576
CORREO ELECTRONICO:	MONFERCA1974@HOTMAIL.COM		

anifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable
024 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20242530						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	2933	CDP:	510	FECHA INICIO:	2024-04-01	FECHA FINAL:	2024-10-31
VALOR CONTRATO:	14.000.000,00			VALOR A PAGAR:	2.000.000,00		
NCO A CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	0550117100
P - ADICION:	997	RP - ADICION:	5558	VALOR ADICION:	4.000.000,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Octubre						

FIRMA

MONICA ESTHER FERNANDEZ CAMARGO
C.C. 57439046 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner