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						
JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,073,701,603			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2106 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/2/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTR	**$ 35,267,000**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	3 (TRES) MESES Y 28 (VEINTIOCHO)DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 35,267,000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 8,887,284**	
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	6661	**Nº CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 (TRES) MESES Y 28 (VEINTIOCHO)DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO DIRECTOR TECNICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES	0	**TIPO DE**	**ADICIÓN**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA**		**CRP DE LA**		**TIEMPO**	

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
1	1. realizar las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	2. brindar una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
3	3. prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	4. realizar las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	5. informar al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacci
6	6. llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	7. respetar los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
8	8. realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	9. emitir conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	10. diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	11. garantizar la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	12. garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos

13	13. reportar al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	14. participar activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad
15	15. participar en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	16. participar en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	17. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	18. participar en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
19	19. prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
20	20. notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
21	21. realizar consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
22	22. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	23. desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica.
24	24. instruir a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	25. informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	26. facilitar las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
27	27. cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	28. acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor
29	29. apoyar en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	30. cumplir con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
31	31. las demas asignadas por la supervision del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	32. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	33. enviar el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
34	34. gestionar la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9480349457**	**OPERADOR:**	**Aportes en linea**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**1/16/2025**	**$ 437,400**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**1/16/2025**	**$ 559,900**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**1/16/2025**	**$ 85,300**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 1,082,600**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO
CC: 1073701603
CEL: 3112601052

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO	**CC:**	1073701603
		RUT (NIT):	1073701603
CORREO ELECTRÓNICO:	MELISAVARGASBUITRAGO@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3112601052
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 1 # 4 F 45	**CIUDAD:**	SOACHA

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

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

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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488411655613**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2106 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	6661	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y VEINTIOCHO DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $35.267.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 02/01/2024 AL 31/01/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**8.887.284**
	OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO					

JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO
C.C 1073701603
cel: 3112601052

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JENNIFER MELISSA VARGAS BUITRAGO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.073.701.603**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2106 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$35.267.000**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$35.267.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 8.887.284,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**(1)**	**Nº CRP INICIAL:** 6661	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**1**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**TRES MESES Y VEINTIOCHO DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9480349457**		**OPERADOR:**		**APORTES EN LINEA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION DE URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**DR FERNANDO MONTENEGRO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº ( )**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION ( )**	**PRORROGA ( )**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
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**	
Nº 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 (02/01/2025) AL (31/01/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **DR FERNANADO MONTENEGREO** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **CARLOS ALBERTO MARIN** **PERFIL:** **EMERGENCIOLOGO**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073701603		VARGAS BUITRAGO JENNIFER MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 N 4 F 45	SOACHA-CUNDINAMARCA	9008802	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1198180635	9480349457	I	2025/01/03	2025/01/16	BANCO DAVIVIENDA	13	$1,082,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1073701603	VARGAS JENNIFER	25-14	30	$3,470,273	$555,300	EPS005	30	$3,470,273	$433,800		0	$0	$0	14-23	30	$3,470,273	$84,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,470,273	$555,300			$3,470,273	$433,800			$0	$0			$3,470,273	$84,600		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$555,300	$4,600	$0	$559,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$555,300	$4,600	$0	$559,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$84,600	$700	$0	$85,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$84,600	$700	$0	$85,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$433,800	$3,600	$0	$437,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$433,800	$3,600	$0	$437,400
TOTAL				**1**	**$1,073,700**	**$8,900**	**$0**	**$1,082,600**

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.

900959051

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE ENFERMERIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	GINNETH TATIANA LOPEZ SOSA		**Identificación:**	1026273867	**Sexo:** Femenino
Fecha Nacimiento:	28/abril/2009 **Edad Actual:**	15 Años / 8 Meses / 23 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	CALLE 54 #5 C - 26 ESTE		**Teléfono:**	3213575749	
Procedencia:	BOGOTA		**Ocupación:**	NO APLICA MENOR DE EDAD	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	EPS SANITAS S.A.S-EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	EPS SANITAS S.A.S-EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION	**Nivel - Estrato:**	SUBSIDIADO NIVEL 1

DATOS DE SOLICITUD

Estado: Confirmado **Fecha Sol:** 20/01/2025 **Suministro a Paciente Generado:**

LISTADO DE MEDICAMENTOS

CODIGO	NOMBRE	CANTIDAD
121QQ031167	CATETER INTRAVENOSO N° 20	1,00
121QQ031474	APOSITO ESTERIL TRANSPARENTE 5 HASTA 6 CM X 5 HASTA 8 CM, CON REFUERZO INCORPORADO Y CON TIRILLAS DE FIJACIÓN Y MARCACIÓN	1,00
121QQ035543	EXTENSION REGULADOR DE FLUJO PARA INFUSIONES INTRAVENOSAS	1,00
121QQ031106	BURETA CON FILTRO DE AIRE, CAPACIDAD DE 150 ML, PUNTO DE INYECCION PARA INFUSION INTERMITENTE, ESTERILIZADOS CON OXIDO DE ETILENO DE PVC ATOXICO, FILTRO HIDROFOBICO.	1,00
121QQ030943	CONECTOR NO COMPATIBLE CON AGUJAS TOTALMENTE TRANSPARENTE DE BAJA PURGA. COMPATIBLE CON CONEXIONES LUERLOOK. CIERRE DE SILICONA	1,00

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]