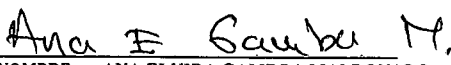
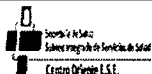


 Servicio a Salud Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.179.713	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5391 2024	
FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.939.359	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 738.112	
Nº DE INFORME:		6	
Nº CRP:		44690	
Nº CDP:		3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112	
CDP DE LA ADICIÓN:		4053	
CRP DE LA ADICIÓN:		49725	
PRORROGAS		3	
TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374	
CDP DE LA ADICIÓN:		4120	
CRP DE LA ADICIÓN:		50716	
PRORROGAS		3	
TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374	
CDP DE LA ADICIÓN:		46	
CRP DE LA ADICIÓN:		7684	
PRORROGAS		3	
TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES	
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:	
X			
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		ALISTAMIENTO DE PAPELERÍA CORRESPONDIENTE PLANILLAS MAPAS PARA ABORDAJE TERRITORIAL TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES	
2		DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES EN CURSO	
3		ASISTENCIA TÉCNICA A REUNIÓN DEL EQUIPO BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR	
4		REALIZAR CARACTERIZACIONES CORRESPONDIENTES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES	
5		INGRESAR TODOS LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y ENTREGA DE PLANILLAS DE FIRMAS	
6		ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS TIEMPOS ESTIMULADOS POR LOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	
7		REALIZAR LA META ASIGNADA DE CARACTERIZACIONES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES	
8		ASISTENCIA A LA JORNADA PAGA DIARIOS LOCALIDAD MÁRTIRES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD	
9		REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN CORRESPONDIENTES EN EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR	
10		REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL CANALIZACIÓN NOTIFICACIÓN O DERIVACIÓN A LOS USUARIOS CARACTERIZADOS EN EL TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		9480519226	
OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	
FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		FAMISANAR	
12/02/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:		PROTECCION	
12/02/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		SURA	
12/02/2025		\$ 34.700	
OTRO:		MORA	
12/02/2025		\$ 1.600	
TOTAL PAGADO		\$ 442.100	
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 íbse se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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			
Ana E Gamboa M,			
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			
CC: 52.179.713			
CEL: 3214529221			

		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: 28/2/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			CC:		52.179.713
CORREO ELECTRÓNICO:		anagamboa9397@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 69C BIS 78 38 SUR			TELÉFONO:		3214529221
					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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.							
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488414894714
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5391 2024	Nº CDP:	3662	NºCRP:	44690	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 8.939.359	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 738.112 SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE						
 NOMBRE: ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO CC 52.179.713 CEL 3214529221							



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

ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.179.713

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No.

PS 5391 2024

FECHA INICIO CONTRATO

23/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.280.499

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

8.939.359

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$

738.112

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

6

Nº CRP
INICIAL:

44690

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9480519226

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49725	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50716	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA	7684	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 01/02/2025 AL 09/02/2025

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 69c s6 78 28 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252021215	9480519226	1	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	5	\$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Cuadro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Código: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0			
Código: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0			
1	CC	52179713	GAMBOA ANA	210201	30	\$1,423,500	\$227,800	225017	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0		
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA o ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELYRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bts 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-01	2025-01	1252921215	9480519226	I	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	\$442,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600
TOTAL				1	\$440,500	\$1,600	\$0	\$442,100



Ana Gamboa <anaegamboa9397@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1252921215

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
 Para: anaegamboa9397@gmail.com

8 de febrero de 2025, 10:47 a.m.



¡Hola, Ana Elvira Gamboa Maldonado !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 1252921215

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480519226

Valor de la Transacción: \$ 442.100

Fecha de Transacción: 08/02/2025

- ☒ Este correo electrónico contiene información confidencial o privilegiada. Si usted no es el destinatario, se le solicita que no divulgue esta información a terceros y que la destruya.
- ☒ Si usted es el destinatario, se le solicita que no divulgue esta información a terceros y que la destruya.
- ☒ Si usted es el destinatario, se le solicita que no divulgue esta información a terceros y que la destruya.

Búsqueda Procesos Contratos Proveedores Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

- 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

Documento del contrato cargado

Volver

Imprimir Modificar < >

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

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

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	8.939.359,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
Valor de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
Valor facturado pendiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
Valor amortizado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
Valor pendiente de ejecución:	8.939.359,00 COP	100%	-
Valor pendiente de entrega:	8.939.359,00 COP	100%	-

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
☐ PS 5391 2024 CUENTA COBRO DICIEMBRE 2024-1.pdf	PS 5391 2024 CUENTA COBRO DICIEMBRE 2024-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO NOV 2024-1.pdf	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO NOV 2024-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf (Archivado)	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	
☐ PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 5391 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle	

Borrar Cargar nuevo

Volver

Imprimir Modificar < >

