No. 4 GS-2025 - 016510 - **DEMAG**

Santa Marta D.T.C. 06 DE MARZO DE 2025

Teniente Coronel
MANUEL FELIPE LIZARAZO ROJAS
Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8
Av. Circunvalar No. 45-124
Soledad

ASUNTO: informe de supervisión del. Contrato No 67-7-20196-24

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO__X_ O FINAL ___

Desde	**01-02-2025**	**Hasta**	**28-02-2025**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014*", y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

Mediante comunicación oficial No. GS-2024-016962 del 07-11-2024 , el señor Teniente Coronel MANUEL FELIPE LIZARASO ROJAS , obrando en calidad de Comandante Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 Santa Marta nombró como supervisor del contrato u orden de compra del asunto a la señora SM,106 JOHANA MERCEDES URBINA OROZCO.

No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II:

1. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01-11-2024 AL 30-11-2024 radicado GS-2025- 078706
2. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01-12-2024 AL 31-12-2025 radicado GS-2025- 005010
3. Informe de supervisión del periodo comprendido entre el 01-01-2025 AL 31-01-2025 radicado GS-2025-009780

Información del contrato u orden de compra

Contrato No.	67-7-20196-24
Objeto del Contrato	Prestación de servicios de salud para la rehabilitación terapéutica de los pacientes con alteraciones neurológicas, del desarrollo psicomotor, del lenguaje, cognitivas y terapias para los usuarios del subsistema de salud de la policía nacional en la ciudad de santa marta departamento del magdalena
Contratista	centro educativo solidaridad ips
Representante legal	Lisette Juliao
Valor inicial del contrato	$60.000.000.00 VIGENCIA 2024 $60.000.000.00 VIGENCIA 2025
Valor adiciones del contrato	NO APLICA
Valor total del contrato u orden de compra	NO APLICA
Plazo de ejecución inicial	6 MESES

Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato	06-11-2024
Fecha de terminación del plazo de ejecución del	30-06-2025
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	NO APLICA
Adiciones	NO
Modificatorios	NO APLICA
Prorrogas	NO APLICA
Otros	SUSTITUCION DE RECURSO POR VALOR DE $45.000.000.00

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

Se envía al correo electrónico de la entidad información recordando que los primero cinco días de cada mes deben ingresar la cuenta de cobro,

El día 16-12-2024 se solicita a la entidad centro de rehabilitación solidaridad ips aceptación reducción y sustitución de recurso por valor de CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/c (45.000.000) mediante comunicado oficial No. GS-2024-082612-DEMAG

El día 16-12-2024 se solicita plan de compra para la reducción y sustitución de recurso por valor de CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/c (45.000.000) mediante comunicado oficial No GS-2024-082959-DEMAG.

El día 18-12-2024 se solicita a la regional de aseguramiento en salud número 8 la reducción y sustitución de recurso por valor de CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/c (45.000.000) mediante comunicado oficial No GS-2024-083785-DEMAG.

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales	x	**9480978553**

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

DE CARACTER TÉCNICO:		
ESPECIFICACIONES TECNICAS MINIMAS	**CUMPLIO SI/NO**	**OBSERVACIONES**
consulta de primera vez por psicologia	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de primera vez por foniatria y fonoaudiologia +	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de primera vez por fisioterapia	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de primera vez por terapia ocupacional	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de control o de seguimiento por psicologia +	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato

consulta de control o de seguimiento por foniatria y fonoaudiologia +	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de control o de seguimiento por fisioterapia +	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
consulta de control o de seguimiento por terapia $ ocupacional +	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia modalidades hidraulicas e hidricas sod	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia fonoaudiologica integral sod §	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia fonoaudiologica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje oral y escrito+	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia fonoaudiologica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulacion, resonancia sod	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia fonoaudiologica para desordenes cognitivo comunicativos sod	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia fonoaudiologica para desordenes cognitivo comunicativos sod	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
otro adiestramiento y terapia del habla sod	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
entrenamiento funcional en autocuidado (actividades basicas cotidianas)+ por terapia ocupacional	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
terapia ocupacional en manejo adecuado de tiempo libre y juego§	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
entrenamiento funcional en integracion laboral y social ncoc + por terapia ocupacional	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
psicoterapia individual por psicologia	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
psicoterapia familiar por psicologia	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
evaluacion de alteraciones emocionales y/o de conducta	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
aplicación e implementacion de terapia a.b.a	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato
paquete terapia integral(fisica,ocupacional,lenguaje,psicologia,acuatica,implementacion tecnica a.b.a	si	cumplio a cabalidad con los establecido en el contrato

2.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

La entidad hace entrega cuenta de cobro a mediados del mes de enero la facturación no aparecía cargada al siff nación se hace la notificación a la entidad quienes trabajaron en el proceso del cargue y hasta el día 06-02-2025 fueron aprobadas desde el siff nación para su radicación.

La entidad solidaridad ips notifica cambio de ubicación del centro el día 24 de febrero del año en curso. se adjunta oficio de la notificación. Cabe anotar que dicha información fue enviada por GEPOL al Jefe Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, jefe de la upres magdalena y jefe de contrato upres magdalena. Radicado numero GS-2025-013467 Y GS-2025-013468-DEMAG

3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido 119 días

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

La policía metropolitana santa marta pagara el valor del contrato que resulte del presente proceso a favor del contratista en la ciudad de santa marta después de haber realizado el servicio y el plan de pagos dentro de los (60)días calendario siguientes a la presentación de la factura comercia en original y dos copias que deberá ser radicada en ventanilla única radicación de cuentas metropolitana santa marta los primero 5 dias de cada mes anexando certificado de pagos parafiscales y recibo a satisfacción por parte del supervisor de contrato una vez cumplido los tramite administrativos y fiscales vigente una vez conforme con los cupos del PAC auditado por la unidad del tesoro nacional y una vez la dirección desanidad situé los recursos correspondiente a la unidad prestadora de salud magdalena no obstante la programación del PAC cuya

autorización en competencia del ministerio de hacienda y crédito público atraves de la dirección de tesoro nacional no será impedimento para la ejecución del objeto contractual
a)factura original que cumpla con los requerimientos de ley
b) la factura deberá contener un archivo impreso yen medio magnético estadística establecida en la resolución 3374 del 2000 RIS o las demás normas que lo adición o modifiquen donde se relacione los usuarios atendidos con datos de tipo documento numero de documento servicio prestado nombre y apellidos de los usuarios entre otros.
c) formato de recibo a satisfacción técnico económico expedido por el supervisor de contrato
d) original de la autorización de servicios de la oficina de referencia y contra referencia firmada por el medico líder de referencia
e) fotocopia del documento de identidad cedula tarjeta de identidad registro civil copia de carnet policial vigente a la fecha de la atención
f) fotocopia legible de la historia clínica donde conste la atención de salud brindada al usuario
g)certificado de aportes parafiscales expedido por el representante legal o revisor fiscal y/o planilla de autoliquidación de los aportes los documentos antes en mención deberán presentarse en carpeta organizada factura original que cumpla con los requerimientos de ley

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance gneral de pagos y entregas		
	Valor en pesos	**% del valor del contrato u orden de compra**
Valor total del contrato	$120.000.000.00	100%
Valor total de las entregas	$.35.146.958.9	29.28%
Valor total facturado del mes	$20.146.958.90	16.78%
Valor facturado pendiente de pago	$20.146.958.90	16.78%
Valor pagado	$15.000.000.00	12.5%
Valor pendiente de entrega	$84.853.041.1	70.71%

N.ACTA O OCNSTANCIA RECIBIDO	No.FACTURA	FECHA DE FACTURA	VR. FACTURADO	VR. RECIBIDO	VR.DEDUCCION	VR. PAGADO	No. ORDEN DE PAGO
	FEC4818		$20.146.958.90	$20.146.958.90	$0.00		
	FEC4819						
	FEC4820						
	FEC4821						
	FEC4822						
	FEC4823						
	FEC4824						
	FEC4825						
	FEC4826						
	FEC4827						
	FEC4829						
	FEC4830						
	FEC5015						
	FEC5016	03-02-2025					

	FEC5017						
	FEC5018						
	FEC5019						
	FEC5020						
	FEC5021						
	FEC5022						
	FEC5023						
	FEC5024						
	FEC5025						
	FEC5026						
	FEC5027						
	FEC5028						
	FEC5029						
	FEC5030						
	FEC5031						
	FEC5032						
	FEC5033						
	FEC5034						
	FEC5035						
	FEC5036						
	FEC5037						
	FEC5038						
	FEC5039						
	FEC5040						
	FEC5041						
	FEC5042						
	FEC5043						
	FEC5044						
	FEC5045						
	FEC5046						
	FEC5047						
	FEC5048						
	FEC5050						
	FEC5051						

5 CONCLUSIONES

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	SI ___	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO__x_	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _ GS-2025-013467 Y GS-2025-013468-DEMAG del 24-02-2025 dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,

Firma Johana Urbina O

Grado y Nombres. SM 106 JOHANA MERCEDES URBINA OROZCO
Cargo: FISIOTERAPEUTA
Supervisor Contrato . No. 67-7-20196-24
Correo electrónico:johana.urbina@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3184560405

Santa Marta, Febrero 24 de 2025
Señores
POLICIA NACIONAL- DIRECCION DE SANIDAD- REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Teniente Coronal MANUEL FELIPE LIZARAZO ROJAS

Un cordial saludo,

Mediante la presente, estamos notificando nuestro cambio de dirección para la atención en salud según Aceptación Oferta No. 67-7-20196-2024. Y cuya novedad se encuentra en tramite ante las entidades correspondientes.

Lo anterior con el fin de prestar un servicio de calidad y oportuna a la población de pacientes que son nuestro motivo.

Pedimos disculpas por las molestias que se hayan causado.

La nueva dirección de atención es: CARRERA 16 E No. 11 C-56 BARRIO RIASCOS Santa Marta Tel: 3232884567.

Adjunto enviamos Formulario de Novedad radicado ante el REPS.

Agradecemos su compresión y esperamos seguir atendiéndolos con ustedes lo merecen.

Atentamente,

Lissette Juliao Q.
LISSETTE JULIAO QUINTERO

Representante Legal

FORMULARIO DE NOVEDADES EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD - REPS.

Fecha de impresión: lunes 24 de febrero de 2025 (10:43 a.m.).

Formulario de novedades.

PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD.

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud				
1. Fecha Radicación de la novedad del Prestador a la ETS			2. No. Radicación	3. Entidad Territorial de Salud, que registra la novedad en el REPS:SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SANTA MARTA, dependencia:
Año	Mes	Día		

A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REALIZA LA NOVEDAD.

4.1 Nombres y Apellidos del Profesional Independiente ó Razón Social	CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS SAS
4.2 Código y Nombre del Prestador	4700101117-CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS SAS
5. Departamento ó Distrito - Municipio. Código y Nombre de la Sede Principal	6. Departamento ó Distrito - Municipio. Código y Nombre de la Sede a realizar la novedad
MAGDALENA-SANTA MARTA. 470010111701-CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS SAS	MAGDALENA-SANTA MARTA. 470010111701-CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS SAS

7.Clase de Prestador	8.Naturaleza Jurídica	9.Empresa Social del Estado	10.Nivel de atención	11.Carácter Territorial
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD - IPS	PRIVADA			

A continuación se realiza un * RESUMEN *** de las novedades Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya que está presentando el Prestador de Servicios de Salud en su Sede:MAGDALENA-SANTA MARTA. 470010111701-CENTRO DE REHABILITACION SOLIDARIDAD SOCIAL IPS SAS.**
NOTA:Señor: Prestador de Servicios de Salud tener en cuenta que las novedades de trámite en línea, no se deben radicar ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud. Ver cuadro de novedades de trámite en línea:
https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/novedades_tramite_linea_declaracion_autoevaluacion.pdf

12.1 Novedades del prestador de servicios de salud.

a) Cierre del prestador de servicios de salud		b) Disolución y liquidación de la entidad		c) Cambio de domicilio	SI	d) Cambio de nomenclatura	
e) Cambio de representante legal		f) Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad		g) Cambio de datos de contacto(teléfono y correo electronico)			

12.2 Novedades de la sede.

a) Apertura de sede		b) Cierre de sede		c) Cambio de domicilio	SI	d) Cambio de nomenclatura	
e) Cambio de sede principal		f) Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico)		g) Cambio de director, gerente, administrador o responsable		h) Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social	

12.3 Novedades de servicios.

a) Apertura de servicio		b) Cierre temporal de servicio		c) Reactivación de Servicio		d) Cierre definitivo de servicios	
e) Apertura de modalidad		f) Cierre de modalidad		g) Cambio de complejidad		h) Cambio de horario de prestación del servicio	
i) Traslado de servicio		j) Cambio de prestador de referencia		k) Cambio de especificidad del servicio			

12.4 Novedades de capacidad instalada.

a) Apertura de camas		b) Cierre de camas		c) Apertura de salas		d) Cierre de salas	

e) Apertura de camillas de observación		f) Cierre de camillas de observación		g) Apertura de ambulancias		h) Cierre de ambulancias	
i) Apertura de sillas		j) Cierre de sillas		k) Apertura de unidad móvil		l) Cierre de unidad móvil	
m) Apertura de consultorios		n) Cierre de consultorios					

B. DESCRIPCIÓN DE LAS NOVEDADES.

12.1 Novedades del prestador de servicios de salud.

a) Cierre del prestador de servicios de salud		b) Disolución y liquidación de la entidad		c) Cambio de domicilio	SI	d) Cambio de nomenclatura	
				Dirección:CRA 16E 11C-56 Riascos			
e) Cambio de representante legal		f) Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad		g) Cambio de datos de contacto(teléfono y correo electronico)			

12.2 Novedades de la sede.

a) Apertura de sede		b) Cierre de sede		c) Cambio de domicilio	SI	d) Cambio de nomenclatura	
				Dirección:CRA 16E 11C-56 Barrio:RIASCOS			
e) Cambio de sede principal		f) Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico)		g) Cambio de director, gerente, administrador o responsable		h) Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social	

12.3 Novedades de servicios.

a) Apertura de servicio		b) Cierre temporal de servicio		c) Reactivación de Servicio		d) Cierre definitivo de servicios	
e) Apertura de modalidad		f) Cierre de modalidad		g) Cambio de complejidad		h) Cambio de horario de prestación del servicio	
i) Traslado de servicio		j) Cambio de prestador de referencia		k) Cambio de especificidad del servicio			

12.4 Novedades de capacidad instalada.

a) Apertura de camas		b) Cierre de camas		c) Apertura de salas		d) Cierre de salas	
e) Apertura de camillas de observación		f) Cierre de camillas de observación		g) Apertura de ambulancias		h) Cierre de ambulancias	
i) Apertura de sillas		j) Cierre de sillas		k) Apertura de unidad móvil		l) Cierre de unidad móvil	
m) Apertura de consultorios		n) Cierre de consultorios					

NOTA: EL DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO Y LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS, NO APLICA COMO HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

ACERQUESE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS DE SU JURISDICCIÓN Y/O RADIQUE EL FORMULARIO DE NOVEDADES Y ANEXE LOS DOCUMENTOS COMO SE MENCIONA EN LAS RESOLUCIONES 2003 DE 2014 Ó 3100 DE 2019 Y LA(S) NORMA(S) QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA. TENGA EN CUENTA SEÑOR PRESTADOR QUE SI SUS SERVICIOS DE SALUD YA HACEN PARTE DE LA RESOLUCION 3100 DE 2019 Y LA(S) NORMA(S) QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA Y ESTA REALIZANDO UNA NOVEDAD DE SERVICIOS DE SALUD VERIFIQUE SI DICHA NOVEDAD LE APLICA NOVEDAD DE TRÁMITE EN LÍNEA COMO LO MENCIONA LA RESOLUCIÓN RESOLUCION 3100 DE 2019 Y LA(S) NORMA(S) QUE LA MODIFIQUE O SUSTITUYA.

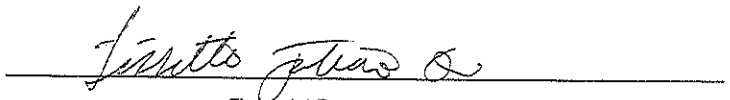
Link paso a paso novedades trámite en línea:

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/novedades_tramite_linea_declaracion_autoevaluacion.pdf

SI DESEA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LAS NOVEDADES DIRÍJASE A LA ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD O LA ENTIDAD QUE TENGA A CARGO DICHAS COMPETENCIAS, QUIENES TIENEN LA FACULTAD DE BRINDARLE ASISTENCIA TÉCNICA, SEGÚN LO DEFINIDO EN EL DECRETO 780 DE 2016, ARTÍCULO 2.5.1.2.3, NUMERAL 3.

ATENCIÓN: REVISE TODA LA INFORMACÍÓN QUE SE ENCUENTRA EN ESTE DOCUMENTO: DATOS DEL PRESTADOR, SEDE(S), SERVICIO(S) Y TENGA EN CUENTA LA CAPACIDAD INSTALADA CON SUS CANTIDADES QUE ESTÁ REGISTRANDO EN ESTE FORMULARIO DE NOVEDADES, SI FUESE EL CASO. CUANDO ESTE HACIENDO CUALQUIER NOVEDAD SOBRE LOS SERVICIOS, VERIFIQUE EN LA OPCIÓN NOVEDADES CAPACIDAD INSTALADA DICHAS CANTIDADES (YA SEA PARA HACER APERTURA O CIERRE DE SU CAPACIDAD INSTALADA.)

LISSETTE JULIAO QUINTERO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDAS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.



Firma del Representante Legal

CC - 32581182 - LISSETTE JULIAO QUINTERO

Tipo de identificación - Número de identificación - Nombres y Apellidos del Representante Legal o Profesional Independiente

Señor PRESTADOR: Tenga en cuenta, que si ya fue comunicado por parte de la Entidad Territorial de Salud, sobre la visita a sus servicios de salud, si fuese el caso, no puede presentar NOVEDADES, mientras que dicha visita no hubiese concluido. (Resolución 3100 de 2019 y la(s) norma(s) que la modifique o sustituya.)

Los anteriores datos tienen como fuente de información, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud.

Elaborado por:4700010111701

Impreso por:4700010111701

Versión 7.0.

Fecha de impresión: lunes 24 de febrero de 2025 (10:43 a.m.)