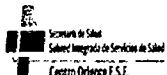
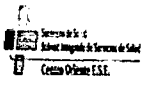
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
KAREN YICED TORRALVA PEREIRA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.743.500			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y PARADESARROLLAR 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 2230116/2023 ENTERRITORIO					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4919 2025		FECHA INICIO CONTRATO		21/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.876.640	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES DOCE (12) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	5.876.640	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	652.960	
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	19050	Nº CDP:	325	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	DOS (2) MESES DOCE (12) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PROROGAS			
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:	DD MM AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	DD MM AAAA			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	Actividad estación universidades (21 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (22 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (24 de febrero de 2025), recorrido San Jorge sur (25 de febrero de 2025), actividad fundación venezolanos perseverantes (26 de febrero de 2025), actividad plaza espeña (27 de febrero de 2025), actividad recorrido Restrepo (28 de febrero de 2025).					
2	Se participa en la construcción de fichas técnicas metodológicas de las actividades del convenio, realiza reuniones con todo el equipo el día lunes 24 de febrero 2025.					
3	Actividad estación universidades (21 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (22 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (24 de febrero de 2025), recorrido San Jorge sur (25 de febrero de 2025), actividad fundación venezolanos perseverantes (26 de febrero de 2025), actividad plaza espeña (27 de febrero de 2025), actividad recorrido Restrepo (28 de febrero de 2025).					
4	Se realizan actividades extramurales de prevención y promoción con el fin de detectar el riesgo y una mejora en la atención a lo usuarios de las poblaciones claves, Actividad estación universidades (21 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (22 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (24 de febrero de 2025), recorrido San Jorge sur (25 de febrero de 2025), actividad fundación venezolanos perseverantes (26 de febrero de 2025), actividad plaza espeña (27 de febrero de 2025), actividad recorrido Restrepo (28 de febrero de 2025).					
6	Durante las actividades realizadas en el mes de febrero se realizó asesoría pre y pos de la prueba rápida VIH a toda la población atendida, esta asesoría comprende: a) Inducción a prueba rápida para VIH, b) Resultado de la prueba c) prevención de ITS como uso del condón, lubricante y prácticas sexuales seguras d) Rutas de atención y canalización de casos al equipo psicosocial para atención en EPS o organizaciones de apoyo comunitario , líderes y lideresas de las localidades a abordar y las app de homozocialización					
7	Toma y lectura de pruebas rápidas de VIH a población clave de acuerdo con el algoritmo diagnóstico vigente en el país. Durante las actividades realizadas en el mes de febrero se realizó toma y lectura de prueba rápida de VIH a población clave siguiendo el protocolo de la guía de práctica clínica cite el algoritmo diagnóstico vigente establecido por el Ministerio de Salud verificando todo que este en regla y con fechas de vencimiento en regla					
8	Durante el mes de febrero en las actividades realizadas se garantizó el cumplimiento del protocolo de atención para el diligenciamiento del consentimiento informado establecido por el Ministerio de Salud ante la atención para la toma de Prueba rápida rápida de VIH. Garantizando en el consentimiento el procedimiento a realizar, la custodia del resultado de la prueba y la canalización a otros servicios sociales si se requiere. Estos consentimientos se resguardan en el archivo físico del proyecto y en el sistema SISCO diligenciado por el equipo administrativo encargado. Entregando el resultado confidencialmente					
9	Se realiza manejo y entrega adecuada de los residuos biológicos según protocolo recibido durante inducción por la subred Centro Oriente. Estos residuos se caracterizan por lancetas, caset de la prueba, isopañales y guantes, capilares, elementos cortopulsantes en guardian cada uno establecido en sus recolector establecido y entregados al equipo encargado en el CAPS Samper Mendoza fechados respectivamente.					
10	Se toman las medidas necesarias para buscar población clave para realizar tamizajes de VIH y recibir kits preventivos y resultados inmediatos					
11	Se sigue direccionamiento brindado por Enterritorio y la coordinación del proyecto en la verificación de la base de datos antes de la prueba rápida para la no repetición de usuarios, no obstante, se orienta la población a otros puntos de atención en la ciudad, a otros programas de la subred Centro Oriente y Organizaciones de Base Comunitarias. "					
12	se diligencian los formatos definidos por enterritorio sin tachones ni enmendaduras perdurando la calidad de dato y la información suministrada por los usuarios atendidos .					
13	Se reciben insumos el día 21 de febrero 2025 y 24 de febrero 2025 para la realización de actividades durante la semana, y se firman las planillas de recibidos que reposan en el área administrativa del proyecto. Se resguardan y se cuidan los insumos durante las actividades realizadas según orientaciones recibidas por la coordinación del proyecto, estos insumos se tuvieron durante el mes de diciembre sin novedad alguna.					
14	se verifican los implementos dados verificando fechas de vencimiento lotes de verificación e INVIMA					
15	Se da uso responsable de los elementos visibilización e identificación (chalecos, maleta, carné, etc.) suministrados.					
16	Se custodian los formatos y se brinda la confidencialidad necesaria en cuanto a la información que están suministrando los usuarios.					
17	Se hace custodia respectiva de los formatos.					
18	Actividad estación universidades (21 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (22 de febrero de 2025), actividad parque periodistas (24 de febrero de 2025), recorrido San Jorge sur (25 de febrero de 2025), actividad fundación venezolanos perseverantes (26 de febrero de 2025), actividad plaza espeña (27 de febrero de 2025), actividad recorrido Restrepo (28 de febrero de 2025).					
19	Se evidencian usuarios con formularios de indagar con diagnósticos previos en seguimiento continuo de tratamientos para el mejoramiento de la calidad de vida y posibles compañías sexuales que lo posean igualmente					

20	Se brinda informacion clara y real sobre lugares de atencion y ONG que atiendan y brinden informacion sobre las necesidades requeridas .		
21	No se realizan encuestas de valoracion en la actualidad.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N/A	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	N/A	N/A
PENSIÓN:	PROTECCION	N/A	N/A
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	N/A	N/A
OTRO	NA		
TOTAL PAGADO			
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 ningún caso el JBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo socop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión el 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			
KAREN TORRALVA KAREN VICED TORRALVA FEREJRA CX: 1.033.743.500 CEL: 3142991337			

		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: (31/1/2025) //					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN YICED TORRALVA PEREIRA /			CC:	1033743500
CÓRREO ELECTRÓNICO:	karentorralva06@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 5 # 48 g 04 sur			TELÉFONO:	3142991337
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
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				()	
<p>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 párrafo 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.</p>					
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	N° CUENTA:
<small>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</small>					488420788058
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4919 2025	N° CDP:	325	N° RP:	11050
		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES DOCE (12) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/02/2025				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$5.876.640
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 21/02/2025 AL 28/02/2025 - /				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)					652.960
	SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
<p>KAREN TORRALVA KAREN YICED TORRALVA PEREIRA C.C 1033.743.500 Cel: 3142991337</p>					



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-PT-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	KAREN YICED TORRALVA PEREIRA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.743.500

I INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARADESARROLLAR 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 2230116/2023 ENTERRITORIO
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4919 2025	FECHA INICIO CONTRATO	21/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		5.876.640,00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	5.876.640,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	652.960,00
---	-----------	---------------------	--	-----------	-------------------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1 DE 1	Nº CRP INICIAL:	11050	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	325
---------------------------------	---------------	------------------------	--------------	------------------------------------	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES DOCE (12) DIAS
--	-------------------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N/A	OPERADOR:	MI PLANILLA
--	------------	------------------	--------------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 2230116/2023 ENTERRITORIO - DIRECCIÓN GESTIÓN DEL RIESGO
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
--	---

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	---

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			
	ADICIÓN ()	PRORROGA ()		
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:	



Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	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.

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 cláusula "Forma de Pago, **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (21/02/2025) AL (28/02/2025).

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	 JOHN MARIO GALLEGO GONZALEZ COORDINADOR CONVENIO 2230116/2023 ENTERRITORIO

BOGOTA, Marzo 11 de 2025

Señora:

TORRALVA PEREIRA KAREN YICED

CC. 1033743500CR 5 48G 04 SUR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 6 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afilla ción	Fecha_de_desafilla ción_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
TORRALVA PEREIRA KAREN YICED	1033743500	C	Jun-6-2023	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
KAREN YICED TORRALVA PEREIRA	1033743500	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE
KAREN YICED TORRALVA PEREIRA	1033743500	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
KAREN YICED TORRALVA PEREIRA	1033743500	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
KAREN YICED TORRALVA PEREIRA	1033743500	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si

es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **KAREN YICED TORRALVA PEREIRA** identificado con **CC No. 1033743500**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - NI. 900959051	Fecha de inicio de cobertura: 21/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 21/02/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501013331911.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRALVA PEREIRA KAREN YICED** identificado(a) con CC número **1.033.743.500** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de diciembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de marzo de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025031110314