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 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

ZORAIDA MOLINA QUINTANA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.054.539.714				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 4692 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.264	
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	10854	**N° CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
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
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	REALIZAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR CUIDADOR EN ESTRATEGIA DE RELEVO
2	PRESENTARSE CON EL FAMILIAR Y PACIENTE Y DARLE A CONOCER TODO EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR DURANTE EL CUIDADO POR PARTE DEL AUX CUIDADOR
3	SE REALIZARÁ TOMA DE SIGNOS CADA DOS HORAS
4	SE ASISTIRA AL BAÑO CUANDO EL PACIENTE ASÍ LO REQUIERA SE HARÁN ACTIVIDADES DE BIENESTAR PARA EL PACIENTE
5	PRESTAR SUS SERVICION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES , SUSCRITO AL FDS Y LA SUB RED PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADOS A DESARROLLAR
6	REALIZAR APROPACION CONCEPTUAL DANDO ES PERFIL CON LOS LINEAMIENTOS» FINANCIAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPO * BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITOS ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
7	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTOS PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINA PROFUNDIZAR Y PROFECIONAL DE LOS REQUERIMIENTOS PROPIOS TRANSVERALAS
8	REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DO CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O VALORACIONES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS
9	PARTCIPAR Y EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS ACTIVAS Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERESE EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DO MA INTERVENCIONES Y PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES
10	PARTICIPAR EN LAS DIFERIENTES DINÁMICAS CONVOCADAS POR FDS DE ACUERDO A LOS BASES ASIGNADAS Y ENTRARSE A LAS ACTIVIDADES , METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070419023	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	11/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	$ 34.700
OTRO	MORA	11/03/2025	$ 1.800
	TOTAL PAGADO		**$ 442.300**

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 calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC: 1.054.539.714
CEL 3042583910

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: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	**CC:**	1.054.539.714
		RUT (NIT):	1.054.539.714
CORREO ELECTRÓNICO:	molinazoraida776@gmail.com	**TELÉFONO:**	3042583910
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77 H 73 48	**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.

Régimen 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:	BANCO AV VILLAS				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	49969566

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4692 2025	**Nº CDP:**	504	**Nº. CRP:**	10854	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4.920.528
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.460.264					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC: 1.054.539.714
CEL: 3042583910

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 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			ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.054.539.714		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 4692 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.264	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	**N° CRP *INICIAL:***	10854	**N° CDP INICIAL *DEL CONTRATO***	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070419023		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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						
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				
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)			
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 01/03/2025 al 31/03/2025

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

[illegible] SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN [illegible] CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS [illegible] GESTIÓN	CÓDIGO: [illegible] VERSIÓN: [illegible] [illegible]

[illegible] SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.054 579 714		
DATOS GENERALES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO	[illegible] DESARROLLAR ACTIVIDADES [illegible] DIRECCIÓN DE [illegible] INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO [illegible] CONVENIO MAS BIENESTAR		
[illegible] CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3/02 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10-02-2025
VALOR INICIAL [illegible]	$ 4.920.528		
[illegible] CONTRATO [illegible]	$ 4.920.528	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR	$ 2.460.264
[illegible]	[illegible]	No. CDP INICIAL DEL CONTRATO	10881
PLAZO DE EJECUCIÓN [illegible]	[illegible] MESES [illegible] DÍAS		
[illegible] PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	10/04/2025	OPERADOR	SIMPLE
PROFESIONAL [illegible]	[illegible] PROFESIONAL [illegible] GESTIÓN [illegible]		
UNIDAD [illegible]	SAN JOSE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	LORENA [illegible] DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

No. DE MODIFICACIONES		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA)			
VALOR [illegible]		CDP DE LA ADICIÓN		RP DE LA ADICIÓN	TIEMPO PRORROGADO
VALOR [illegible]		CDP DE LA ADICIÓN		RP DE LA ADICIÓN	TIEMPO PRORROGADO

III. PÓLIZAS (SI APLICA)

No. DE PÓLIZA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	

IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

[illegible] ASIGNADAS DURANTE EL PERÍODO [illegible]

ÍTEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	[illegible]	X	
2	[illegible]	X	
3	[illegible] obligaciones [illegible] verificados en el [illegible]	X	
4	[illegible]	X	
5	[illegible]	X	

[illegible] Forma de Pago CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones [illegible] con el contratista por el [illegible] 01/03 [illegible] 31/03/2025

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR LORENA [illegible] CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	FIRMA DE QUIEN CONSTATA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO
NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR [illegible] ALBERNA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LÍDER CONVENIO MAS BIENESTAR	

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-11, 12:42:30 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070419023

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822901948

PAGADO 11/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
Documento	CC1054539714	**Dirección**	CR 22A #71 - 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042583910
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1054539714	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2.436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 1.800	$ 442.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Scotiabank
COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no cobra por esta transacció

Pago de facturas

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	11/03/2025
Hora	12:21:30
Terminal	346049
Conve	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0400
Referencia	8022901948
Valor	$442,300
Transacción	001126562217
Us	MAYRA ALEJANDRA RINCON GONZALEZ

Línea de atención personalizada en Bogot
3407881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
crédito y créditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA