| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

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

**MARTHA LUCÍA BELTRAN PRIETO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 52.341.848 | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1597 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 14.389.248** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 14.389.248** | | **VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:** | **$ 3.297.536** | |
| **Nº DE INFORME:** | TRES (3) | **Nº CRP:** | **6244** | **Nº CDP:** | **1** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | HUGO GERMAN REYES GUERRERO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | | **PRORROGAS** | | |
| **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:** | |
| **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:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | NA | |

| **ITEM** | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Atención diaria de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa Clara, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios. |
| 2 | Realización de entrevista psiquiátrica semiestructurada y baterías diagnósticas a los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental UMHES Santa Clara, con los elementos de bioseguridad necesarios. |
| 3 | Atención diaria de pacientes psiquiatricos en los diferentes servicios de la Unidad Santa Clara, según las necesidades y la dinamica de la poblacion a atender, con los elementos de bioseguridad necesarios. |
| 4 | Informacion detallada sobre los diagnsoticos y diferenrtes tratamientos administrados al paciente durante las entrevistas diarias y entrevista presencial y telefonica a familiares responsables de los pacientes, siguiendo lso protocolos de bioseguridad establecidos en la subred. |
| 5 | Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente. |
| 6 | Cumplimiento de los protocolos de humanizacion y demas protocolos que buscan una atencion dentro del marco de la etica medica |
| 7 | Valoracion y seguimiento multidisciplinario de pacientes psiquiatricos hospitalizados en la unidad de salud mental Unidad Santa Clara, en equipo confomrado por psicologia, enfermeria, trabajo social y terapia ocuapcional, siguiendo los protocolos cientificos establecidos y con los elementos de bioseguridad necesarios. |
| 8 | Diligenciamiento de diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria, asi como constancias y conceptos requeridos dentro del amrco de la privacidad y los derechos del paciente. |
| 9 | Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documentos y anexos necesarios para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos en el programa Dinamica, según la reglamentacion correspondiente y en los casos de contigencia, de forma legible en la papeleria establecida por la subred. |
| 10 | Diligenciamiento de la Historia Clinica y los diferentes documento para la atencion intrahospitalria de los pacientes atendidos, según la reglamentacion correspondiente y dentro del marco de la privacidad y los derechos del paciente. |
| 11 | Utilizacion oportuna y adecuada de los diferentes elementos de las unidades de salud mental y las diferentes areas de la Unidad Santa Clara, para la atencion de pacientes psiquiatricos, siguiendo los protocolos de bioseguridad establecidos. |

| | |
|---|---|
| 12 | Reporte oportuno del funcionamiento y las fallas de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, siguiendo las rutas estbalecidas por la subred. |
| 13 | Adecuado cuidado en la utilizacion de los diferentes recursos fisicos de la Unidad Santa Clara, siguiendo los protocolos establecidos por la subred. |
| 14 | Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos verbal y/o escritos solicitados por pacientes y sus familiares según los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred. |
| 15 | Se responden de manera oportuna las reclamaciones y requerimientos según los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred, con el fin de evitar glosas o complicaciones en la atencion de los pacientes. |
| 16 | Se notifican de manera oportuna los sucesos de bioseguridad y eventos adversos derivados de la atencion intrahospitalaria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos |
| 17 | Se reportan todos los eventos de notificacion obligatoria, siguiedo los protocolos y las rutas estabelcidas por la subred y buscando medidas correctivas a los mismos. |
| 18 | Realizacion de actividades y retroalimentaciones academicas dentro de la unidad de salud mental, buscando un constante aprendizaje en el equipo de trabajo. |
| 19 | Realizacion de psicoeducacion y charlas preventivas a pacientes y familaires buscando adecuada dherencia ambulatoria al manejo realizado intrahospitalariamente, siguiendo los protocolos estbalecidos y ussando los elementos de bioseguridad necesarios. |
| 20 | Dialogo constante con el supervisor del area de salud mental, informando las novedades en las diferentes unidades de Unidad Santa Clara- |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **1070359822** | **OPERADOR:** | **PAGO SIMPLE** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | NUEVA EPS | 11/03/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/03/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 11/03/2025 | $ 34.700 |
| OTRO | INTERESES DE MORA | 11/03/2025 | $ - |
| | TOTAL PAGADO | | $ 440.500 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

**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

MARTHA LUCÍA BELTRAN PRIETO
52.341.848
3223119231

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**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO | **CC:** | 52.341.848 |
| | | **RUT (NIT):** | NA |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | marthabeltran07@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3223119231 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | AV. CRA. 80 No 8 -11 INT. 1 APTO 104 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

**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

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **BANCO DE BOGOTA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **102673753** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 1597 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | **6244** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **$ 14.389.248** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 3.297.536** | | | | | |
| | **TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS MCTE.** | | | | | |

**MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO**
**52.341.848**
**3223119231**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **52.341.848** | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1597 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2025** | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | **14.389.248** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 14.389.248 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 3.297.536** | | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | (3 DE 3) | **N° CRP INICIAL:** | **6244** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **1** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1070359822 | **OPERADOR:** | PAGO SIMPLE | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | HUGO GERMAN REYES GUERRERO | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N°. DE MODIFICACIÓN:** | $ - | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | 0 | 0 |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ - | **RP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ - | **RP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ - | **RP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ - | **RP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | $ - | **RP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 0 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45703 | **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** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | NA | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | NA | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | NA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | NA | |

**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 ( 01/03/2025) AL (31/03/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **HUGO GERMAN REYES GUERRERO**<br>**MEDICO ESPECIALISTA - REFERENTE SALUD MENTAL** |
| | **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-03-11, 04:23:47 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070359822

**Periodo Cotización:** febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822809113

**PAGADO 11/03/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razon Social** | MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO | | |
| **Documento** | CC52341848 | **Dirección** | CR 80 #8 - 11 INT 1 APTO 104 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3223119231 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## 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 Mineducación | Total |
| C 52341848 | MARTHA LUCIA BELTRAN PRIETO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS037) NUEVA EPS S.A. | $ 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 | $ 0 | $ 440.500 |



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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!