| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2025-01-29 | **Hasta:** | 2025-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | CENAIDA DELGADO TORO | | **Número de Documento:** | 52937771 | |
| **Correo Electrónico:** | jessua2207@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3022879051 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4610-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 51 |
| **Perfil:** | TECNICO 1 PIC | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI502 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 24 | 0 | 13372 | $320928 | 195.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 320928** | **TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-29 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-03-05 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 320928 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 3116567** | **$ 3116567** | **$ 320928** | **$ 2795639** |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -Acta de apropiación conceptual |
| 2 | 2. Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio. | -Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad |
| 3 | 3.Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo | -Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT actualización de geolocalización, etc.( según la lineal de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación del riesgo | -Se realiza toma de signos vitales y se asegura el estado de salud del usuario |
| 4 | 4.Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado. | -Promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (relevo, visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT, etc) y clasificación del riesgo identificado | -Se realiza charlas de promoción y prevención de acuerdo a su estado de salud, signos y alarma de acuerdo a su patología de base |
| 5 | 5.Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos | -Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda | -Se da información que el jefe de apoyo requiera en el momento de la precrítica |
| 6 | 6.Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento | -Gestionar riesgos identificados en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en actividades de ruta, notificación de eventos de interés en salud publica, agendamiento | -Formato de actividades de ruta y notificación de eventos de interés en salud publica, link de solicitud de citas. |
| 7 | 7.Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento | - | - |
| 8 | 8.Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS | -Asistencia a reuniones, asistencias técnicas, convocatoria para la sub red y/o SDS | -Listados de asistencias y actas de reuniones |
| 9 | 9.Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -Dar respuesta a los requerimientos, bases, solicitudes asignadas de manera oportuna y clara de acuerdo con los estándares. | -Caracterizaciones del mes correspondiente |
| 10 | 10.Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados | -Asistir y cumplir con los horarios estipulados en las precriticas y formatos de firmas | -Entrega de formatos de firmas |
| 11 | 11.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Disponibilidad de tiempo para actividades externas | Formato de firmas diligenciado - |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO AV VILLAS | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 059847116 |

**HISTÓRICO**

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CENAIDA DELGADO TORO | 2025-02-25 18:39:50 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-02-27 01:45:28 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-02-27 10:21:51 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-03-13 10:20:20 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

| No de Radicacion | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 4014108006 | 0\|3\|0\|2\|2\|0\|2\|5 |

**I. DATOS DEL TRÁMITE** **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)** 

**1.tipo de tramite** — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — C. Institucional ☐ — D. De oficio ☐

**3.Regimen** — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

**4.Contribución Solidaria** — Si ☐ No ☒

**5. Tipo de afiliado** — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

**6. Tipo de cotizante** — A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

**7.Codigo** (a registrar por la EPS) 3

**A. AFILIACIÓN**

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8.Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| DELGADO<br>Primer apellido | TORO<br>Segundo apellido | CENAIDA<br>Primer nombre | Segundo nombre |

| 9.Tipo documento de Identidad | 10.Número del documento de Identidad | 11.Sexo biológico | 12.Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 52937771 | Femenino ☒ Masculino ☐ | F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14.Lugar Nacimiento | | | | | 15.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | | | |
| COLOMBIA | COLOMBIA | BOGOTA | BOGOTA | | | 1\|8\|0\|9\|1\|9\|8\|5 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

Datos personales

| 16.Etnia | 17.Comunidad | 18.Discapacidad | Si ☐ No ☒ |
|---|---|---|---|
| 6 | | Categoria Discapacidad | |

| 19.Tiene encuesta SISBEN | 20.Clasificación SISBEN | | 21.Grupo población especial |
|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | Nivel | Grupo | |

| 22. Administradora de riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotizacion - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | PROTECCION | 1423500 | |

**26.Residencia**

| Dirección | Telefono fijo | Telefono celular | Correo electronico |
|---|---|---|---|
| CR 67A BIS 18 32 SUR | | 3022879051 | CENAIDADELGADO21@GMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad / comuna | zona |
|---|---|---|---|
| BOGOTA | BOGOTA | | Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR**

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número documento identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 32. Nacionalidad | 33.Lugar Nacimiento | | | 34.Fecha Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | Pais: | Departamento: | Municipio: | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo documento de identidad | 37. Número de identidad | 38. Nacionalidad | 39.Sexo Biológico | | 40.Sexo Identificación | | | | | | 41.Lugar Nacimiento | | | 42.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | otro | cual | Pais | Departamento | Municipio | |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43.Parentesco | 44.Etnia | 45.Comunidad | 46.Grupo poblacional especial | 47.Encuesta SISBEN | | 48.Clasificación SISBEN | | 49.Discapacidad | | | 50.Incapacidad Permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Si | No | Nivel | Grupo | Si | No | Categoria | Si | No |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

**51. Datos de residencia**

| | Departamento | Municipio/Distrito | Zona | | | | Teléfono Fijo y/o celular | 52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Cabecera municipal | Centro poblado | Rural dispersa | Resto rural | | |
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Seleccion de la IPS Primaria

| | | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS | 54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| C | | VS ENSUEÑO - VS ENSUEÑO | VSCANDEL - VSCANDEL |
| B | | - | - |
| B | | - | - |
| B | | - | - |

**V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO**

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de identificación | 57. Numero de documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| CENAIDA DELGADO TORO | CC | 52937771 | 01 |

**59.Ubicación**

| Dirección | Teléfono fijo o celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/distrito |
|---|---|---|---|---|
| CR 67A BIS 18 32 SUR | 3022879051 | CENAIDADELGADO21@GMAIL.COM | BOGOTA | BOGOTA |

| No de Radicacion |
|---|
| 4014108006 |



## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

**61. Datos básicos de la identificación**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad | 62. Sexo biológico | 63.Sexo identificación | 64.Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| ☐ | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 65.EPS anterior | 66.Fecha de Novedad | 67.Motivo de traslado Código: | 68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | 2\|8\|0\|1\|2\|0\|2\|5 | ☐ | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☒ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

**Apellidos y nombres**

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de Identidad | Número documento de Identidad |
|---|---|
| ☐ | |

## IX. FIRMAS

| 80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario | 81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio |
|---|---|
| | |

## X.ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del Departamento | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|---|
| ☐ | ☐ | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número documento de identidad | 95.Firma del funcionario |
|---|---|---|
| ☐ | | |
| 96. Fecha de Radicación | 97. Fecha de Validación | |

Observaciones

**Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.**

Medellín, 31 de enero de 2025

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que CENAIDA DELGADO TORO identificado(a) con C52937771 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C529377712503148001

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

CamScanner

4:31 LTE+ 19 %

dle.subredsur.gov.co

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Datos erróneos. Por favor, inténtelo otra vez.

52937771

••••••••

Recordar nombre de usuario

Acceder

¿Olvidó su nombre de usuario o contraseña?

Las 'Cookies' deben estar habilitadas en su navegador

Algunos cursos permiten el acceso de invitados

Iniciar sesión como invitado

Usted no se ha identificado.
Página Principal
Cambiar al tema estándar