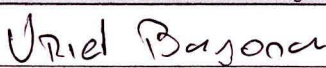
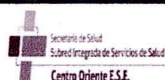


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.010.172.827		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 4475 2025		FECHA INICIO CONTRATO 30/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 16.610.876		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 43.427.081		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.213.446	
Nº DE INFORME: 3		Nº CRP:		Nº CDP: 478	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 26.816.205		CDP DE LA ADICIÓN: 1185	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:	
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)					
ITEM					
1		REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.			
2		CUMPLIR CON LOS ESTÁNDARES DE CONSULTA SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280-2018 PROPUESTAS DESDE EL PERFIL DE MEDICINA DANDO CUMPLIMIENTO A LAS NECESIDADES DE CONSULTA AVALADAS Y AUTORIZADAS POR PARTE DE LAS EAPB, DILIGENCIANDO CORRECTAMENTE LOS CÓDIGOS CIE-10 SEGÚN IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. DEBE CUMPLIR CON 1. ANAMNESIS, 2. REVISIÓN DE SISTEMAS, 3. ANTECEDENTES Y EVALUACIÓN DE RIESGOS, 4. EXAMEN FÍSICO (ESCALAS, TAMIZAJES E INSTRUMENTOS SEGÚN CONSULTA Y RESOLUCIÓN 3280-2018), 5. ANÁLISIS Y HALLAZGOS, 6. DIAGNÓSTICO, 7. PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO.			
3		DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APPLICATIVOS DINÁMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, TAMIZAJES, TOMA DE SIGNOS VITALES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRICTAL, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA.			
4		DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA.			
5		DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SÍVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO AL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.			
6		DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES.			
7		ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.			
8		PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.			
9		DILIGENCIAR Y ENVIAR FICHAS DE NOTIFICACIÓN DE SIVIGILA (EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA), SIVIM (EVENTOS DE VIOLENCIA IDENTIFICADOS) O SÍVECOS (IDEACIÓN E INTENTOS DE SUICIDIO) DE ACUERDO AL RIESGO IDENTIFICADO, CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.			
10		DILIGENCIAR FORMATO DE CANALIZACIÓN SIRC CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES SEGÚN LINEAMIENTO, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9484126803		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		14/04/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		14/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		14/04/2025	
OTRO				14/04/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 524.000	
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 ningún 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 cargo 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 periodo correspondiente					
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS CC: 1.010.172.827 CEL 3054740413					

 Ministerio 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: 30/04/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS	CC: 1.010.172.827
CORREO ELECTRÓNICO:	urielbayona@gmail.com	RUT (NIT): 1.010.172.827
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 26 44A 39	TELÉFONO: 3054740413
		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 CAJA SOCIAL	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 24130241917
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 4475 2025	Nº CDP: 1185
		Nº. CRP:
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/07/2025
		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 43.427.081
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 4.213.446	
	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS	
Uriel Bayona		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS		
CC:	1.010.172.827	
CEL:	3054740413	



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-LA-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

URIEL ALFONSO BAYONA VARGAS

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.010.172.827

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 4475 2025

FECHA INICIO CONTRATO

30/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 16.610.876

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$ 43.427.081

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 4.213.446

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

3 de 3

Nº CRP
INICIAL:

10855

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

478

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9484126803

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

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

Nº DE MODIFICACIÓN:

1

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):

ADICIÓN (1)

PRÓRROGA (1)

VALOR ADICIONADO

\$ 26.816.205

CDP DE LA
ADICIÓN:

1185

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

TRES (3) MESES Y
VEINTIUN (21) DIAS

VALOR ADICIONADO

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº 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 01/04/2025 al 30/04/2025

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010172827		BAYONA VARGAS URIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 7 # 5 - 51 int. 5 apartamento 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3054740413	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1409070825	9484630027	I	2025/04/07	2025/04/14	SCOTIABANK COLPATRIA	7	\$524,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,685,380	\$269,700			\$1,685,380	\$210,700			\$0	\$0			\$1,685,380	\$41,100		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,685,380	\$269,700			\$1,685,380	\$210,700			\$0	\$0			\$1,685,380	\$41,100		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,685,380	\$269,700			\$1,685,380	\$210,700			\$0	\$0			\$1,685,380	\$41,100		\$0	\$0
1	CC	1010172827	BAYONA URIEL	230301	30	\$1,685,380	\$269,700	EPS005	30	\$1,685,380	\$210,700	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,685,380	\$41,100	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,685,380	\$269,700			\$1,685,380	\$210,700			\$0	\$0			\$1,685,380	\$41,100		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010172827		BAYONA VARGAS URIEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 7 # 5 - 51 int. 5 apartamento 701	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3054740413	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-03	2025-03	1409070825	9484630027	I	2025/04/07	2025/04/14	SCOTIABANK COLPATRIA	\$524,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$269,700	\$1,300	\$0	\$271,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$269,700	\$1,300	\$0	\$271,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,100	\$200	\$0	\$41,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$41,100	\$200	\$0	\$41,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$210,700	\$1,000	\$0	\$211,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$210,700	\$1,000	\$0	\$211,700	
TOTAL				1	\$521,500	\$2,500	\$0	\$524,000	



serviciopse 14 de abr.
para mí ▾



Traducir al Español



¡Hola, Uriel Alfonso Bayona vargas!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 524.000

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9484630027

Fecha de la transacción: 14/04/2025

CUS: 1409070825

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

☎ En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

🌐 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial

Para mavor información comunícate con nosotros:

*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier selección, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está fuertemente prohibida y puede ser considerada una violación de la ley. Si usted cree haber recibido este correo electrónico por error, favor notificar al remitente o a la dirección. Retener, divulgar, hacer copia o cualquier otro uso no autorizado de esta información puede resultar en sanciones legales. Si usted es el destinatario de este correo electrónico, no debe divulgar esta información a terceros.