| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 46668664 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ing.lidap@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3165219304 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA DE LA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20566027160 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 9255 | | | VIGENCIA | | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1606 | FECHA | 2025-08-11 09:03:02.000 | NÚMERO DE CRP | 33782 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,396,973 | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $43,006,919 |
| VALOR EJECUTADO | $43,006,919 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,396,973 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9488756760 | $2,158,789 | $269,849 | $345,406 | 3 | $52,588 | $667,843 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS SEGÚN EL PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO , 11 SENSIBILIZACIONES, 13 ASESORIAS ,1 TALLER Y 1 REVISION DOCUMENTAL. | 12 LISTADOS DE ASISTENCIA, 13 ACTAS DE REUNION Y 1 SOPORTE EN MEDIO DIGITAL DE LA REVISION DOCUMENTAL. |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado. | SE REALIZA ACTIVIDAD DE CONVERSATORIO DE ACUERDO A LA TEMÁTICA CORRESPONDIENTE EN LAS FECHAS INDICADAS. | SOPORTES DE ACTIVIDADES VIRTUALES, REUNIONES DE ACUERDO A LAS FECHAS ESTIPULADAS. |
| Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada. | ENTREGA DE 13 ASESORIAS, 11 SENSIBILIZACIONES, 1 REVISION DOCUMENTAL Y 1 TALLER. | 13 ACTAS DE ASESORIAS, 12 LISTADOS DE ASISTENCIA PARA SENSIBILIZACIÓN Y TALLER, 1 SOPORTE MEDIO MAGNETICO DE LA REVISION DOCUMENTAL. |
| "Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes. " | SE DA ATENCIÓN A 1 SOLICITUD PRESENTADA POR LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO POR MEDIO ELECTRÓNICO Y/O TELEFÓNICO. | 1 REVISION DOCUMENTAL. |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred. | REUNION DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DEL PROYECTO PISA CON LA REFERENTE DISTRITAL / 23 DE JULIO. REUNION DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DEL PROYECTO PISA CON LIDER OPERATIVA / 23 DE JULIO. REUNIÓN DE EQUIPO PISA PARA COORDINAR ACTIVIDADES DE JULIO / 23 DE JULIO. | 3 ACTAS DE REUNION. |
| "Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud." | SE FORTALECEN LOS GRUPOS CON LAS EMPRESAS PARA LA MOVILIZACION SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD Y ENTREGA DE INFORMES. | EVIDENCIA 25 MAGNÉTICA Y 12 FÍSICA DE LAS ACTIVIDADES. |
| "Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención." | ENTREGA DE 13 ACTAS DE ASESORIAS, 11 SENSIBILIZACIONES CON FICHAS TECNICAS DE LA SENSIBILIZACIÓN, 1 LISTADO DE ASISTENCIA AL TALLER , 1 SOPORTE DE LA REVISIÓN DOCUMENTAL, SE ENTREGAN SOPORTES EN MEDIO DIGITAL Y LISTADOS FISICOS. | 13 SOPORTES EN MEDIO MAGNETICO DE ASESORIAS, 11 SENSIBILIZACIONES CON FICHAS TECNICAS, 1 SOPORTE DE LA REVISION DOCUMENTAL Y 1 SOPORTE DEL TALLER, 12 LISTADOS DE ASISTENCIA. |
| "Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control." | ENTREGA DE SOPORTES DEL MES PARA REVISIÓN Y APOYO EN EL ALISTAMIENTO DE SOPORTES PARA LA PRESENTACIÓN DE AUDITORÍA EXTERNA. | 1 ACTA DE REUNIÓN. |
| Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos. | CRONOGRAMA DEL MES DE JULIO ENTREGA DE SOPORTES. REPORTE DEL CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS. | CRONOGRAMA, SOPORTES EN MEDIO MAGNETICO, ACTA DE REUNIÓN PARA ENTREGA DE SOPORTES. |
| Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas. | SE DA ATENCIÓN A SOLICITUDES PRESENTADAS POR LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO POR MEDIO ELECTRÓNICO Y/O TELEFÓNICO. | CORREOS ELECTRÓNICOS Y/O ACTAS DE VISITA. |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | SE INFORMA SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE PUEDA INTERFERIR EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS. | INFORMACIÓN RELACIONADA EN ACTAS DE REUNIÓN. |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | SE IMPLEMENTAN LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DURANTE PROCESOS CON LAS EMPRESAS Y ENTREGA DE INFORMES. | EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DE LAS ACTIVIDADES. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. | SE CUENTA CON INSUMOS COMO CHAQUETA INSTITUCIONAL,CARNET,ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ENTREGADOS CON OPORTUNIDAD. | INSUMOS E INSTRUMENTOS DE VISITA Y DE APOYO PARA LA REALIZACION DE LAS ACTIVIDADES. |
| Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | CONSERVACION DE DOTACION E INSUMOS ASIGNADOS PARA LAS ACTIVIDADES | PLANILLAS FIRMADAS DE ENTREGA DE LOS INSUMOS. |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | SE LLEVA ARCHIVO FÍSICO Y MAGNÉTICO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS AL PROYECTO. | EVIDENCIA MAGNÉTICA Y FÍSICA DEL ARCHIVO. |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred. | SE IMPLEMENTAN LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LAS SUBRED EN CADA UNA DE LAS EMPRESAS VINCULADAS AL PROYECTO. | ACTAS DE REUNIÓN, ACTAS DE VISITA, CORREOS ELECTRONICOS INFORMES DE GESTIÓN. |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. | SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA A LAS VISITAS Y ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS EMPRESAS VINCULADAS. | SOPORTES EN CUSTODIA. |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 46668664 | | PEÑA CUADRADO LIDA EMILSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll81n115-25 interior 1aprt401 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4349051 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1000000994 | 9488756760 | I | 2025/07/15 | 2025/07/10 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $711,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $2,158,790 | $345,500 | | | $2,158,790 | $269,900 | | | $2,158,790 | $43,200 | | | $2,158,790 | $52,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,158,790 | $345,500 | | | $2,158,790 | $269,900 | | | $2,158,790 | $43,200 | | | $2,158,790 | $52,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $2,158,790 | $345,500 | | | $2,158,790 | $269,900 | | | $2,158,790 | $43,200 | | | $2,158,790 | $52,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 46668664 | PEÑA LIDA | 25-14 | 30 | $2,158,790 | $345,500 | EPS008 | 30 | $2,158,790 | $269,900 | CCF22 | 30 | $2,158,790 | $43,200 | 14-11 | 30 | $2,158,790 | $52,600 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $2,158,790 | $345,500 | | | $2,158,790 | $269,900 | | | $2,158,790 | $43,200 | | | $2,158,790 | $52,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 46668664 | | PEÑA CUADRADO LIDA EMILSE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cll81n115-25 interior 1aprt401 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4349051 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1000000994 | 9488756760 | I | 2025/07/15 | 2025/07/10 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $711,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $345,500 | $0 | $0 | $345,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $345,500 | $0 | $0 | $345,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $52,600 | $0 | $0 | $52,600 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $52,600 | $0 | $0 | $52,600 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $43,200 | $0 | $0 | $43,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $43,200 | $0 | $0 | $43,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $269,900 | $0 | $0 | $269,900 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $269,900 | $0 | $0 | $269,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $711,200 | $0 | $0 | $711,200 |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO**

**C.C 46.668.664 DE DUITAMA**

La suma de CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 5.396.973), por concepto de servicios como profesional Especializado 4 en el proceso transversal Vigilancia Salud Ambiental, durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9255-2024.



**LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO**
**C.C 46.668.664 DE DUITAMA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**
**NUMERO 20566027160**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de Julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión



**_____**
**DANIEL CASTILLO CAICEDO**
**Apoyo a la supervisión**
**Proceso transversal Vigilancia en Salud Ambiental**

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-jul-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 46668664 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CL 81 115 25 INT 1 APTO 401 **Teléfonos** 3165219304 6013863118

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JUAN JOSE CASTELLANOS PEÑA | 1027286059 | Hijo(a) |
| SAUL ROBERTO PEÑA GONZALEZ | 4107840 | Padre |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO |
| Identificación: | 46668664 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | ing.lidap@hotmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 20/07/25 |

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

ARL

Medellin, 24 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LIDA EMILSE PEÑA CUADRADO** con documento de identidad **C46668664**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA