FACTURA ELECTRONICA DE VENTA No:

EV109256

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
En intervención Forsoza administrativa por administrar
PIE DE LA POPA CALLE NUEVA DEL TORIL CLL 13 #11-75
TELÉFONO 6505898-3174381906 CARTAGENA DE INDIAS
NIT 806010305-8

Hospital Local Cartagena de Indias

NIT/CC	890480184 - 4
CLIENTE	DADIS - DEPARTAMENTO ADMINSTRATIVO DE SALUI
DIRECCION	CALLE LARGA
CIUDAD	CARTAGENA DE INDIAS BOLIVAR
TELEFONO	6501096
EMAIL	financieradadis@cartagena.gov.co

Lugar de expedición: CARTAGENA DE INDIAS-BOLIVAR
Fecha de expedición 20/01/2025 00:00:00
Fecha de vencimiento 19/02/2025
RESOLUCIÓN DIAN AUTORIZADA No. 18764068453746
Fecha 04/04/2024
Númeración Autorizada No. EV 59573 al 200000
CONTRATO VACUNACION INTRAMURAL PNA 24 (006-2
ATENDIDO EN PUESTO DE SALUD SAN FRANCISCO I

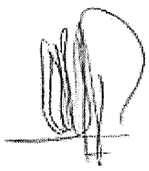
USUARIO PA CRIB00196413 CAMILA DARIANNA ESQUIVEL VARGAS **EDAD** 6 Años **ESTRATO** NIVEL 4

TIPO DE INGRESO: CONSULTA EXTERNA

CUPS/CUMS	Descripción Procedimiento	Autorización	Cant	Val / Unit	Sub Total	Val Empresa
993504 - 60108	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA		1	6,020.00	6,020.00	6,020.00

COPAGO/CUOTA	0.00	**CARGO PACIENTE**	0.00	**SUBTOTAL**	6,020.00
ABONOS	0.00	**DESCUENTO EAPB**	0.00	**DSCTO PACIENTE**	0.00
PAGARE PACIENTE	0.00	**TOTAL EAPB**	6,020.00	**PAGO PACIENTE**	0.00

EV 109256



FIRMA AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR

Elaboró CAROLINA MAZA PEÑATA

CUFE: 8212CE5A4F21122F65F12DBAAC70D5FD98AAD804BBDD5EE7BEE7C2C92C8F0FC5662EDCEB9455F15F5167C6E1A7198041

Esta factura se asimila en todos sus efectos legales a la letra de cambio según art. 779 Código de Comercio esta factura presenta merito ejecutivo de conformidad con la Ley. Impreso por El Grupo de Consultoria Informática GCI Ltda. NIT 830071974-3

DETALLES DE LA FACTURA

N°	FACTURA	TIPOS DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIIFCACION DEL USUARIO	PRIMER APELLIDO DEL USUARIO	SEGUNDO APELLIDO DEL USUARIO	PRIMER NOMBRE DEL USUARIO	SEGUNDO NOMBRE DEL USUARIO	FECHA DEL PROCEDIMIENTO	CODIGO DEL PROCEDIMIENTOS	CIE 10	VALOR DEL PROCEDIMEINTO
1	**EV109256**	PA	**B00196413**	**ESQUIVEL**	**VARGAS**	**CAMILA**	**DARIANA**	**5/12/2024**	**993504**	**Z258**	**$ 6,020.00**
											$ 6,020.00

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

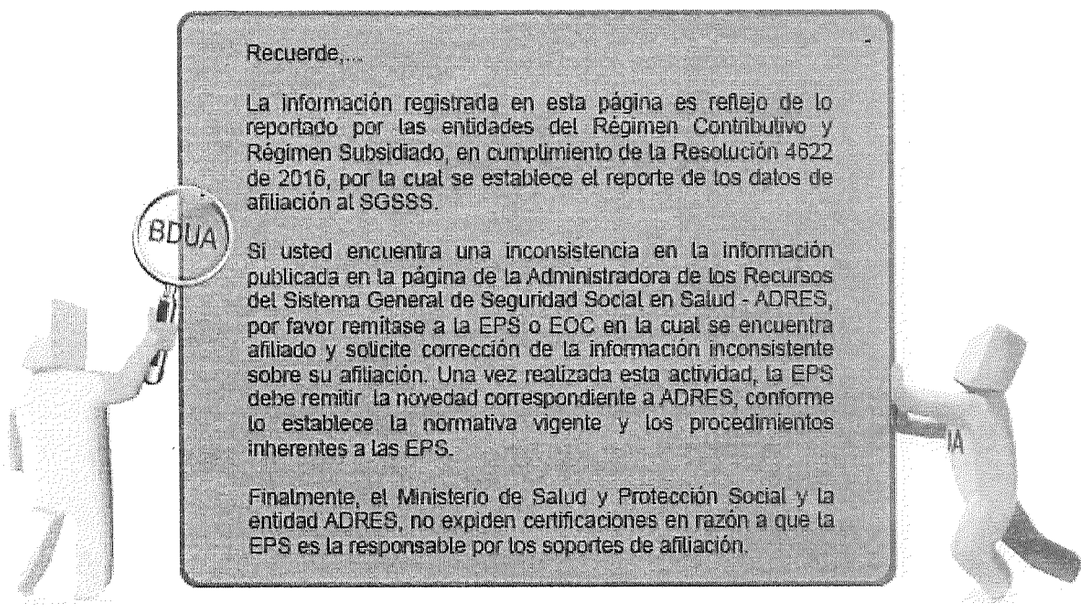
Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

Datos de afiliación :

Fecha de Impresión:	01/20/2025 18:41:11	**Estación de origen:**	192.168.70.220



El afiliado con número de documento B00196413 no se encuentra en BDUA

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

OBSERVACIONES / OBSERVATIONS

Este pasaporte contiene 48 páginas y tiene una vigencia de 10 años.

REPÚBLICA DE COSTA RICA

PASAPORTE / PASSPORT



Tipo / Type	Código del Estado / Country Code	Número de Pasaporte / Passport No.
P	CRI	B00196413

Apellidos / Surnames
ESQUIVEL VARGAS

Nombres / Given Names
CAMILA DARIANNA

Nacionalidad / Nationality	Número de Cédula / ID Number
COSTARRICENSE	123080453
Fecha de Nacimiento / Date of Birth	Lugar de Nacimiento / Place of Birth
20 06 2018	SAN JOSE
Sexo / Sex	NAT / CAN
F	911361
Fecha de Emisión / Date of Issue	Lugar de Emisión / Place of Issue
17 10 2022	BCR-364
Fecha de Vencimiento / Date of Expiry	Firma / Signature
16 10 2032	

P<CRIESQUIVEL<VARGAS<<CAMILA<DARIANNA<<<<<<<

B001964131CRI1806209F3210167123080453<<<<<60

105756

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>

ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION)A SUSANA GOMEZ GUERRERO PA NUMERO 110660738 , DAVID EDUARDO RODRIGUEZ PADILLA CON PA NUMERO B00673460 , CAMILA DARIANNA ESQUIVEL VARGAS , HUSEYIN ONGAN BRITISH CITIZEN CON NUMERO DE PASAPORTE 548303357

5 mensajes

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
13 de diciembre de 2024, 16:25

4 adjuntos

- **ANEXO3 DE HUSEYIN ONGAN AYDOGDU.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE SUSANA GOMEZGUERRERO.pdf** 47K
- **anexo 3 de david eduardo rodriguez padilla.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE CAMILA DARIANA ESQUIVEL VARGAS.pdf** 47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
13 de diciembre de 2024, 16:45

---------- Forwarded message ---------
De: **Facturacion ESE Consulta Externa** <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Date: vie, 13 dic 2024 a las 16:25
Subject: ENVIO ANEXO 3 PARA SOLICITAR AUTORIZACION PARA LA APLICACION DE BIOLOGICO (VACUNACION)A SUSANA GOMEZ GUERRERO PA NUMERO 110660738 , DAVID EDUARDO RODRIGUEZ PADILLA CON PA NUMERO B00673460 , CAMILA DARIANNA ESQUIVEL VARGAS , HUSEYIN ONGAN BRITISH CITIZEN CON NUMERO DE PASAPORTE 548303357
To: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>

4 adjuntos

- **ANEXO3 DE HUSEYIN ONGAN AYDOGDU.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE SUSANA GOMEZGUERRERO.pdf** 47K
- **anexo 3 de david eduardo rodriguez padilla.pdf** 47K
- **ANEXO 3 DE CAMILA DARIANA ESQUIVEL VARGAS.pdf** 47K

Facturacion ESE Consulta Externa <fexterna@esecartagenadeindias.gov.co>
Para: Autorizaciones DADIS <autorizacionesdadis@cartagena.gov.co>
13 de diciembre de 2024, 17:00

	ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS NIT. 806010305-8	Código:FTO-GF-CRUS-60
Hospital Local Cartagena		Versión: 1
	COMPROBANTE DE RECIBIDO DEL USUARIO	Fecha: 10/03/2020

ENTIDAD (EPS-S): Dadis SERVICIO: Vacunación

FECHA DE INGRESO: Dic-05-2024 FECHA DE EGRESO: Dic-05-2024

NOMBRE DE USUSARIO: Camila Dayanna Esquivel Vargas

IDENTIFICACIÓN: B00196413 TELEFONO: 60287341

DIRECCIÓN: Marbella Cod. Puerto Lenco

Hospital local Cartagena de Indias
Tejiendo Calidad de Vida

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Brenda Julissa Vargas Cardoza

IDENTIFICACIÓN: B000196347 TELEFONO: 60287341

DIRECCIÓN: Marbella Cod. Puerto Lenco

RECIBE A SATISFACCIÓN:

FIRMA:

CC. #: B00196413

ELABORADO POR:

CAROLINA MAZA PEÑATE

Oficina De Facturación Y Admisiones
E.S.E HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS
PUESTO DE SALUD DANIEL LEMAITRE

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS/
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE/
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Certifica que:
Camila Damma Esquivel
This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento	**Sexo**	**Nacionalidad**
20/6/19	F	colombia
Date of birth / né(e) le	*Sex/ de sexe*	*nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación
B00196913
national identification document / document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora
Fiebre	5/12/24	Sanofi	X3H9991V	Clínica
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Manufacturer*	*Batch no. Of caccine or prophylaxis*	*Vaccination institution*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Fabricant*	*Duvaccin ou de l2agent prophylactique et numéro du lot*	*Établissement de vaccination*
		Hospital Local Cartagena de Indias Teiendo Calidad de Vida	CENTRO DE SALUD	
		DANIEL LEMAITRE CONSULTA EXTERNA		

4

Cuya firma aparece a continuación:

Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra:
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
a été vacciné(é) ou reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Réglement sanitaire international

Nombre del Profesional que certifica la aplicación	Título del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Enfermera	Auxiliar	
Name of the Professional certifying the application	*Title of the Professional that certifies the application*	*Signature of the professional certifying the application*
Nom Titre du clinicien responsable	*Titre du clinicien responsable*	*Signature du clinicien responsable*

5

Certificado Internacional de vacunacion o profilaxis

INFORMACIÓN PARA LOS MÉDICOS

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1° de enero de 2001 se escribe como 1° enero 2001.
2. Si la vacunación está contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro "Viajes Internacional y Salud". Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra la fiebre amarilla
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada a su viaje.

INFORMATION FOR PHYSICIANS

1. *The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year - the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.*
2. *If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.*
3. *Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in International travel and health. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.*
4. *The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.*

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX MÉDECINS

1. *La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année - le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.*
2. *Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.*
3. *Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.*
4. *Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.*

12

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobierno de Colombia

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Expedido a – *Issued to – Délivré à*

Camila Esquivel

Número del pasaporte o del documento de Identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage

B00196913

RESOLUCIÓN No. 0002 -

02 ENE. 2024

"POR MEDIO DE LA CUAL ESTABLECEN Y ADOPTAN LAS TARIFAS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS, EN LO CORRESPONDIENTE A LA VACUNACIÓN SIN BARRERAS PARA LAS DIFERENTES EPS-S, EPS – C, RÉGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES PARA EL AÑO 2024"

EL AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR Y REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

En ejercicio de sus facultades legales estatutarias, en especial las conferidas por el Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007, Decreto Reglamentario 1876 de 1994, Decreto Distrital 0421 de junio 29 de 2001 y decreto de nombramiento de encargo 0544 del 8 de abril de 2019.

CONSIDERANDO

Que el Numeral 5 del Artículo 13 del Acuerdo No. 0001 del 03 de septiembre de 2001 de la Junta Directiva contempla la aprobación de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente para ajustarse a las Políticas Tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General De Seguridad Social en Salud en sus diversos órdenes.

Que el artículo sexto del Acuerdo No. 00019 de 05 de junio de 2003 establece que la Junta Directiva faculta al Gerente para que sea este quien establezca anualmente las tarifas de acuerdo a la norma vigente, con el fin de mantener una unidad de la facturación de los servicios que se presentan en la organización.

Que artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 actualizado 2018, establece que:

> *ARTÍCULO 87. Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución, previa la comprobación del médico tratante, de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el presente Decreto ni siquiera bajo otra denominación.*

Que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de Salud y Sobreproteger el Derecho Fundamental a la Vida, contemplado en la Constitución Política de Colombia y en toda la normatividad, en cualquier tipo de urgencia para que se le preste a la población, como lo es movilidad a un centro asistencial para que se presten los primeros auxilios.

Que es responsabilidad del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud y sobreproteger el Derecho Fundamental de la Vida, contemplado en la Constitución Política Colombiana y en toda la normatividad, en cualquier tipo de urgencias, brindándole la prestación del servicio de movilidad a un centro asistencial para que se le presten los primeros auxilios.

Que, en virtud de lo anterior, se hace necesario fijar las tarifas de los servicios de vacunación sin barreras para las diferentes EPS – S, EPS – C Régimen Especial y Particulares por EVENTO conforme a lo contemplado en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD las cuales se regirán por el "por el manual tarifario SOAT 2024".

Que en este orden de ideas se debe determinar la tabla de valores para el servicio de vacunación sin barreras, teniendo en cuenta que es un servicio necesario, seguro y obligatorio.

RESOLUCIÓN No. 0002 -

"POR MEDIO DE LA CUAL ESTABLECEN Y ADOPTAN LAS TARIFAS OFICIALES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS, EN LO CORRESPONDIENTE A LA VACUNACIÓN SIN BARRERAS PARA LAS DIFERENTES EPS-S, EPS – C, RÉGIMEN ESPECIAL Y PARTICULARES PARA EL AÑO 2024"

02 ENE. 2024

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: ESTABLECER Y ADOPTAR las tarifas Oficiales de la ESE HLCI, referente a la vacunación sin barreras para las diferentes EPS – S, EPS – C, Regímenes Especial y Particular, bajo la modalidad de facturación por EVENTO, durante la vigencia 2024, teniendo en cuenta la Resolución 2364 de 2023 .

ARTÍCULO SEGUNDO: FÍJENSE las tarifas para los servicios de VACUNACIÓN para el año 2024 así: -

No.	TIPO DE SERVICIO	TARIFA 2022
1	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Intramural en nuestros centros de atención	$ 7,525.28
2	Vacunación (Dosis) efectivamente aplicada Extramural en la ZONA URBANA Y RURAL; Domicilio, Hoteles, Hospitales, Hospitalización, Barrios Priorizados, Instituciones Educativas, Cerco Epidemiológico.	$ 22.446.37
3	Vacación (Dosis) efectivamente aplicada Extramuralmente en ZONA INSULAR	$ 24.232.77

ARTÍCULO TERCERO: Las Tarifas que se establecen mediante la presente Resolución serán aplicadas en cada uno de los centros que conforman la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

ARTÍCULO CUARTO: La presente resolución rige a partir de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE 02 ENE. 2024

Dada en Cartagena de Indias a los

JORGE EDUARDO SUAREZ GÓMEZ
Agente Especial Interventor
ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS.

Proyecto: Angelica María Sánchez Tous – Jefe de la Oficina Jurídica – ESE HLCI
Reviso: Andrea Pardo Cubides – Jefe Oficina Asesora Mercadeo y Comunicaciones – ESE HLCI
Aprobó: Aura Milena Moreno Ortiz. Subgerente Administrativa y Financiera. ESE HLCI

Hospital Local
Cartagena
de Indias

LA ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

CERTIFICA QUE

Teniendo en cuenta que la vacunación es considerada a nivel mundial como un servicio esencial de salud y que se constituye una de las medidas sanitarias de mayor beneficio en la prevención de enfermedades y muertes, se debe garantizar la atención oportuna y de calidad a la población que solicita el servicio de vacunación, sin ningún tipo de barrera administrativa o de gestión.

Los lineamientos para la gestión y administración del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI – 2024 cita como actividades de obligatorio cumplimiento:

"Ofertar el servicio de vacunación de manera gratuita y sin barreras para todos los usuarios residentes en el territorio colombiano, nacionales y extranjeros, dando cumplimiento a las normas vigentes" Componente Normatividad Ítem 27.

"Promover la vacunación sin barreras de acceso por condiciones como capacidad de pago, afiliación al SGSSS, religión, genero, procedencia o cualquier condición diferencial:" Componente Coordinación Ítem 7"

Adicionalmente, se conocen los efectos generados por la pandemia del COVID 19 que incluyen impactos sociales, económicos, culturales, baja percepción de riesgo y aceptación de las vacunas, generando un impacto negativo en las coberturas de vacunación en todos los grupos poblacionales y en diversos esquemas de vacunación lo que implica la necesidad de desarrollar acciones de intensificación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones de manera permanente que garanticen la vacunación oportuna y sin barreras a toda la población objeto.

La ESE Hospital Local Cartagena de Indias adopta e implementa **la estrategia de vacunación sin barreras** en todas nuestras sedes en la modalidad intramural y extramural dando cumplimiento de esta forma a los lineamientos nacionales establecidos

MALKA PIÑA BERDUGO
Gerente
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Reviso: Emperatriz Cardozo - Subgerente Científica

Proyecto: María Quiroz - Enfermera PAI

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SERVICIOS

SOLICITUD No 1117 | No ATENCION 806010305 -- 1117 | FECHA 13/12/2024 16:23

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO -ESE- HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDI | NIT: 806010305
CODIGO: 130010087101 | DIRECCIÓN: PIE DE LA POPA CALLE NUEVA DEL TORIL CLL 13 #11-75
TELEFONO: 5 6505898 | DPTO: BOLIVAR 13 | MCPIO: CARTAGENA DE INDIAS 001
ENTIDAD A LA QUE SE INFORMA: DADIS - DEPARTAMENTO ADMINSTRATIVO DE SALUD | CODIGO:

DATOS DEL PACIENTE

1APELLIDO	2APELLIDO	1NOMBRE	2NOMBRE
ESQUIVEL	VARGAS	CAMILA	DARIANNA

TIPO DOCUMENTO: PA | DOCUMENTO: B00196413 | FECHA NACIMIENTO: 2018 - 06 - 20
DIRECCION RESIDENCIA: ED PORTO9 FENO | TELEFONO: 60287341
DEPARTAMENTO: BOLIVAR 13 | CIUDAD: CARTAGENA DE INDIAS 001
COBERTURA DE SALUD: VINCULADO

INFORMACION DE LA ATENCION

ORIGEN ATENCION	TIPO DE SERVICOS SOLICITADOS	PRIORIDAD ATENCION
ENFERMEDAD GENERAL	SERVICIOS ELECTIVOS	PRIORITARIO

UBICACION DEL PACIENTE	SERVICIO	CAMA
CONSULTA EXTERNA		

Manejo integral según guia de: _____

CUPS	CANTIDAD	DESCRIPCION
993504	1	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA

JUSTIFICACION CLINICA

IMPRESION DIAGNOSTICA

Dx PRINCIPAL: Z268 NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS UNICAS ESPECIFICADAS
Dx RELACIONADO 1:
Dx RELACIONADO 2:

INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOLICITA

NOMBRE QUIEN SOLICITA: CAROLINA MAZA PEÑATA | TELEFONO: 5 6505898
CARGO O ACTIVIDAD: FACTURADOR | CELULAR: 3174381906