	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: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES			
CON CC: Nº	1,015,458,352		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4090 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384	**No. HORAS EJECUTADAS**	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44,126,877	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,813,866
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES 29 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP 6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29		

ITEM	II. 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)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Alistamiento y caracterización de la Investigacion Epidemiologicas de Campo de salud mental, activación de rutas, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, diligenciamiento de formatos, ajustes en el aplicativo con técnico del subsistema, participación en reuniones de fortalecimiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\12.IEC_FALLIDAS\SISVECOS\9.SEPTIEMBRE
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mensual y se ajusta diariamente según las actividades logradas y/o cumplidas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza entrega a la lider del proceso el cual reposara en el fuid respectivo de cada mes y los soportes en medio magnético se encuentran almacenados en el servidor en las carpetas de cronogramas. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/EqmC-iRWOYFNrIFUhl6eVKMBg8ZKOl2mQAwXPu0oFu-evg?e=peLxrw
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite nforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentan soportes de Investigaciones Epidemiológicas de Campo en salud mental, acordes a la asignacion realizada en las localidades correspondientes a la SubRed Integrada de servicios en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recepción de fichas de notificación de vigilancia en salud publica- salud mental, seguimientos telefónicos, búsqueda y verificación de datos, seguimiento presencial, aplicación de instrumentos, activación de rutas institucionales o intersectoriales, elaboración de informes, organización de carpetas, cierre de casos, reporte de ajustes en aplicativo con técnico del subsistema y participación en las reuniones de fortalecimiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dar cumplimiento a las metas, actividades y productos asignados en el marco del convenio Interadministrativo PSPIC. Se realiza planeación y preparación del trabajo para las investigaciones de campo en salud mental, asi como la aplicacion de instrumentos de evalucion (Apgar, escalas de riesgo, Carlos Craff y Auditt) ademas de verificacion de datos, historias clincas, diagnosticos medicos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se lleva a cabo la lectura y apropiación de los lineamientos en vigilancia en salud Publica - Salud Mental, así como la participación en reuniones de equipo que refuerzan la comprensión conceptual del lineamiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Búsqueda de los eventos prioritarios en salud mental, notificados al SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS

8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza entrega de obligaciones y soportes de las investigaciones de campo, segun la asignacion realizada en las localidades correspondientes a la SubRed Integrada de servicios en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
9	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza envio de informe a las entidades pertinentes en los casos que se evidencia la necesidad dentro de los eventos de interes en salud mental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes en el aplicativo Sivigila DC y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte - Area de Epidemiología. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
11	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asiste a reunión grupal de salud mental sobre socializacion de glosas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
12	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza revisión de las Investigaciones Epidemiologicas de Campo efectivas facturadas en Vigilancia en Salud Publica - Salud Mental. Se efectuan las modificaciones identificadas por los referentes de salud mental, cumplimiento en envios de productos segun tiempos estipulados. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entrega de obligaciones adicionales como formatos de cuentas de cobro, preauditoria e informe de actividades que dan cuenta de los productos de Vigilancia en Salud Publica. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS

III. 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 01/09/2025 al 30/09/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	89797595	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	12/09/2025	$ 248,500
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025	$ 318,100
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	12/09/2025	$ 48,500
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 615,100**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun 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 cargue 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.	
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES** **CC: 1015458352**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**ANA MILENA ORREGO VEGA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**MARIA CRISTINA DUARTE GARZON** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES	**CC:**	1,015,458,352
CORREO ELECTRÓNICO:	hanna.jaramillo.t@gmail.com	**TELÉFONO:**	3123719287
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 102 155 B 3	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	24090673933

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4090 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 4,813,866
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/09/2025 AL 30/09/2025		

Hanna CJT

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES
CC: 1,015,458,352
CEL: 3123719287

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015458352	HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES		carrera 102 # 155b - 03	8107551	hannacamilaj@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89797595	$615.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	248.500	0		0		0	1	200	0	248.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	318.100	0	0	0	0	1	200	0	318.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	48.500				48.500	1	100	48.600			485	48.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	248.500	248.700
Pensión	1	318.100	318.300
Riesgos Laborales	1	48.500	48.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	615.100	615.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1015458352	HANNA CAMILA JARAMILLO TORRES	carrera 102 # 155b - 03	8107551	hannacamilaj@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	12/09/2025	89797595	$615.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015458352	JARAMILLO TORRES HANNA CAMILA	57	0			N																	230301	1.987.660	318.100	0	0	0	0	EPS010	1.987.660	248.500	14-7	1.987.660	3	48.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 11 septiembre 2025 06:37 p.m.
Dirección IP: 191.111.31.29
Número de transacción: APII5254327633826407
Número de confirmación: ecf3e7f8a420

Cuenta Origen: Cuentamiga *******3933
Comercio: COMPENSAR-OI
Nit del comercio: 9998600669427
Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 89797595
REFERENCIA 1:
REFERENCIA 2: CC
REFERENCIA 3: 1015458352

Código de la transacción (CUS): 1770416927
Fecha de la solicitud: 11 septiembre 2025
Ciclo de la transacción: 1

Valor: $ 615.600,00
Descripción de la transacción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor del impuesto: $ 0,00