	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			
LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO			
	CON CC: Nº	1,030,565,462	
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 4089 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384	**No. HORAS EJECUTADAS**	186
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 46,563,666	**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: Verificación, y validación de datos de ubicacion geografica y telefonica de las fichas de notificacion con el objetivo de concertar y realizar las Investigacion Epidemiologicas de Campo del subsistema de Sisvecos, adicionalmente, se realizan las activación de rutas según la identificación de la necesidad del usuario, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, 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$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mensual y se ajusta diariamente según las actividades logradas y/o cumplidas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se encuentran almacenados en el servidor en las carpetas de cronogramas. https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/givspcentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/EqmC-iRWOYFNrIFUhl6eVKMBg8ZKOl2mQAwXPu0oFu-evg?e=peLxrw
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite nforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entregas semanales de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo efectivas, asi como la gestion de casos fallidos, duplicados y descartados, los cuales corresponden a la residencia de las localidades de la Subrd Centro Oriente Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\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$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se da cumplimiento a la meta establecida para el mes, realizando las actividades y productos asignados en el marco del convenio Interadministrativo PSPIC, ejecutando el alistamiento, planeación y elaboración correspondiente de las investigaciones de campo en salud mental, además de verificación de datos, contacto telefónico y acercamiento a los centros educativos con orientadores y coordinadores para actualización de datos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\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$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entregas semanales de las Investigaciones Epidemiológicas de Campo efectivas según las metas establecidas mes a mes por la lider de salud mental, asi como la gestion de casos fallidos, duplicados y descartados, los cuales corresponden a la residencia de las localidades de la Subrd Centro Oriente Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\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 la activacion de ruta en salud, entornos transversales o entidades intersectoriales a traves de la canalización, de acuerdo a la identificacion de la necesidad del usuario en la Investigación Epidemiológica de Campo. 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 del subcomponente de salud mental y se dialoga acerca de la socializacion de glosas y demás temas de interes de los subsistemas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\Sivigila2025$\250.46.3IEC\3.SISVECOS
12	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Verificación, y validación de datos de ubicacion geografica y telefonica de las fichas de notificacion con el objetivo de concertar y realizar las Investigacion Epidemiologicas de Campo del subsistema de Sisvecos, adicionalmente, se realizan las activación de rutas según la identificación de la necesidad del usuario, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, ajustes en el aplicativo con técnico del subsistema, participación en reuniones de fortalecimiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos en carpeta de servidor en ruta: \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL
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:	89793114	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	$ 248,500
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/09/2025	$ 318,100
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/09/2025	$ 48,500
OTRO	CCF COMPENSAR	11/09/2025	$ 39,800
	TOTAL PAGADO		**$ 654,900**

V. 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 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	Luisa Hincapie **LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO** **CC: 1030565462**
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:	LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO	**CC:**	1,030,565,462
CORREO ELECTRÓNICO:	agudeloluisa.89@gmail.com	**TELÉFONO:**	3058176444
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78 0 60 SUR	**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 DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	0570002170081026

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4089 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		

Luisa Hincapié

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO
CC: 1,030,565,462
CEL: 3058176444

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	1030565462	LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO	CR 87D 35B 45 SUR	8106157	agudeloluisa.89@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	11/09/2025	89793114	$654.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.500	0		0		0	0	0	0	248.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	318.100	0	0	0	0	0	0		318.100	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	0	0	48.500			485	48.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	39.800	0	0	39.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	248.500
Pensión	1	318.100	318.100
Riesgos Laborales	1	48.500	48.500
CCF	1	39.800	39.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	654.900	654.900

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	1030565462	LUISA MARIA HINCAPIE AGUDELO	CR 87D 35B 45 SUR	8106157	agudeloluisa.89@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	11/09/2025	89793114	$654.900	

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	Estudiante	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	1030565462	HINCAPIE AGUDELO LUISA MARIA	59	0			N								X								231001	1.987.670	318.100	0	0	0	0	EPS008	1.987.670	248.500	14-7	1.987.670	3	48.500	CCF24	1.987.670	39.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

9:56 84 %

DOC-20250911-WA0084.....

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1769875634

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
11/09/2025

Número de aprobación
00875634

Dirección IP
186.102.90.207

Valor transacción
$ 654.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.102.90.207	CC	1030565462

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.