enterritorio	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA EL PAGO**	CÓDIGO:	**F-FI-06**
		VERSIÓN:	**04**
		VIGENCIA:	**2024-04-08**
	GESTIÓN FINANCIERA	CLASIFICACIÓN:	**IPC**

Radicado No.

1. INFORMACIÓN GENERAL

El interventor / supervisor / otro (según aplique), certifica que el beneficiario: **QUIMIOSALUD S.A.S.**

ha dado cumplimiento a los requisitos exigidos para el trámite del presente pago. Asimismo certifica que su contenido y condiciones han sido verificados previamente.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NIT [■] CC [ ] CE [ ] TI [ ] **NÚMERO DOCUMENTO:** 802.020.334 **DV:** 1

MARQUE CON X SI PERTENECE AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN [ ]

TELÉFONO: 3145242841 **CORREO ELECTRÓNICO** contabilidad@quimiosalud.com cfacturacion2@quimiosalud.com

VALOR PRESENTE DESEMBOLSO	
VALOR FIJO $	1.680.000
VALOR VARIABLE $ (SI APLICA)	

FUNCIONAMIENTO [ ] **CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO** [■] **SISTEMA GENERAL DE REGALÍAS** [ ]

No. CONV. O CTO. INTERADMINISTRATIVO 222005 **No. CONTRATO** 2240287 **FUENTE DE FINANCIAMIENTO** 485

No. PROCESO CONTRACTUAL LPI 001-2024

FACTURA No. BQQ142676 **CUENTA DE COBRO** [■] **DOCUMENTO EQUIVALENTE ¿CUÁL?** **No.**

ANTICIPO: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **OTROS DESCUENTOS POR VALOR $**

RETEGARANTIA: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

AMORTIZA: SI [ ] NO [ ] % [ ] **VALOR $** **ESPECIFIQUE:**

2, PERIODO DE COBRO

INICIO	FIN	DESEMBOLSO Nº	VALOR BRUTO $
1/11/2025	30/11/2025	7	1.680.000

3. APROBACIONES

	APRUEBA - INTERVENTOR	AVALA - DESIGNADO ENTE TERRITORIAL	VERIFICA Y/O AUTORIZA - SUPERVISOR ENTerritorio S.A.
FIRMA:			
NIT / C.C.:			79.794.156
NOMBRE:			CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

OBSERVACIONES:

Desembolso contra entrega del informe del mes de noviembre de 2025.
(0 PAQUETES)Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante sin afiliación al SGSSS, que cumpla con las normas establecidas en Colombia de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Incluye ARV.
(7 PAQUETES) Paquete de atención en VIH a población migrante, en condición irregular y sin afiliación al SGSSS, que hayan sido confirmados con los servicios de diagnóstico de VIH que desarrollan las Empresas Sociales del Estado con recursos del Fondo Mundial. No incluye ARV.

AUTORIZA - GERENTE CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (aplica para contratación derivada) **o GERENTE DE GRUPO** (aplica cuando el Supervisor de ENTerritorio S.A. es el Gerente del contrato interadministrativo)

CARLOS ALBERTO GONZALEZ PROMICIEROS

(NO APLICA PARA CONTRATOS) **ORDENADOR DEL GASTO**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOTA: EL PRESENTE FORMATO NO SE ACEPTA CON TACHONES NI ENMENDADURAS

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

ENTerritorio S.A., con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., informa que es el Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados por Usted, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas por Usted y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web www.enterritorio.gov.co.

Le recordamos que Usted no se encuentra obligado a dar respuesta a las preguntas que se le formulen sobre datos personales de carácter sensible o a autorizar su tratamiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.2.25.3.2 del Decreto 1074 de 2015. Por tal motivo, ENTerritorio S.A. sólo realizará el tratamiento de los datos personales que usted autorice.

Usted podrá hacer uso de sus derechos de acceso, actualización, rectificación o supresión de sus datos personales, así como la revocatoria de su autorización, cuando sea procedente, a través de una comunicación escrita, acompañada de una copia de su documento de identificación mediante el formulario de radicación de Consultas, Peticiones y Reclamos (que encontrará en nuestra página web), el Centro de Servicio al Ciudadano de la Calle 26 No. 13 – 19 en Bogotá D.C., al correo electrónico quejasyreclamos@enterritorio.gov.co; o de forma verbal, comunicándose a la línea Transparente: 57(1)01 8000 914 502, todo lo cual se efectúa en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, sus decretos reglamentarios y nuestra Política de Tratamiento de Información Personal.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

Señor beneficiario diligencie el presente formato en sus secciones: 1. Información general y sus respectivas firmas.
ENTerritorio S.A. realiza la evaluación de la información aquí registrada y devolverá la certificación en caso de encontrar diferencias, las cuales serán comunicadas al interesado.
En ningún caso será procesado el pago sin la recepción a satisfacción de este documento por parte de ENTerritorio S.A..

1. INFORMACIÓN GENERAL

a.	**Nombre del beneficiario / razón social:** después de las palabras "...beneficiario:_", se debe consignar los nombres y apellidos o razón social de quien suscribió el convenio o contrato interadministrativo/contrato con ENTerritorio S.A.. Para persona natural escriba los nombres y apellidos completos tal como aparecen en su documento de identificación. Si se trata de una persona jurídica escriba la razón social que se encuentra en el certificado de existencia y representación legal de la entidad.
b.	**Tipo de documento de identidad:** marque NIT para número de identificación tributaria, CC para cedula de ciudadanía, CE para cedula de extranjería y TI para tarjeta de identidad.
c.	**Numero de documento:** escriba el número del documento que lo identifica o el numero del NIT que corresponde a su entidad y el DV (**Dígito de verificación**) respectivo.
d.	**Pertenece al regimen simple de tributación:** Informar dicha calificación teniendo en cuenta el artículo 66 de la Ley 1943 de 2018 "Ley de Financiamiento" **o las que lo sustituyan y/o modifiquen**
e.	**Teléfono:** escriba el número de teléfono fijo/celular especificando indicativo y número de extensión, si aplica.
f.	**Correo electrónico:** escriba la dirección de correo electrónico.
g.	**Fuente de recurso:** Marque con una X el tipo de fuente de recurso al cual pertenece el pago (funcionamiento, convenios o contratos interadministrativos, Sistema General de Regalías (SGR))
h.	**Número de convenio o contrato interadministrativo:** escriba el número del contrato interadministrativo que aparece en los considerandos de la minuta del contrato, si no suscribió contrato tómelo del acta de aceptación de su oferta.
i.	**No. Proceso contractual:** escriba el número del proceso del SECOP II, mediante el cual se surtió la contratación (Obligatorio en todos los desembolsos y para contratación de SECOP II).
j.	**Número de contrato:** escriba el número del contrato que suscribió con ENTerritorio S.A. el cual aparece en la minuta del mismo, si no suscribió contrato deje el espacio en blanco.
k.	**Valor fijo:** escriba el valor fijo que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago fijo** se refiere a motivos plenamente establecidos en el contrato de acuerdo con la forma de pago pactada, estos deben ser descritos brevemente.
l.	**Valor variable:** escriba el valor varible que corresponde al desembolso que está tramitando. Tenga en cuenta que el campo **Concepto de pago Variable** se refiere a motivos ocasionales que deben estar expresamente pactados en el contrato, los cuales deben ser descritos brevemente.
m.	**Factura No.:** escriba el número de la factura, si no debe presentar este documento deje el espacio en blanco.

n.	**Cuenta de Cobro:** marque esta casilla solo si presenta esta clase de documento.
o.	**Documento equivalente:** en caso de presentar este documento indique el nombre y el número del mismo.
p.	**Anticipo**: cuando en el contrato se haya pactado la entrega de algún anticipo, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
q.	**Retegarantia:** cuando en el contrato se haya pactado la retención en garantia de algún monto se debe indicar el porcentaje y el valor respectivos.
r.	**Amortiza:** escriba el valor de la amortización de anticipos, se debe indicar el porcentaje y valor correspondiente.
s.	**Otros descuentos por valor:** escriba el valor de otros descuentos aplicables al desembolso que esta tramitando (si no se aplica este campo, deje el espacio en blanco).
t.	**Especifique:** si diligencio algún valor en el campo anterior, describa brevemente el concepto de dicho valor.

2, PERIODO DE COBRO	
a.	**Fecha de Inicio:** Fecha que inicia el cobro del mes
b.	**Fecha de Fin:** Fecha donde termina el cobre del mes
c.	**Desembolso N°:** Es el numero de desembolso correspondiente al periodo a cobrar
d.	**Valor Bruto;** Es el valor total del mes a cobrar

3. APROBACIONES	
a.	**Aprueba Interventor (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como interventor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio S.A.. Para razón social esta información corresponde al representante legal. La revisión por parte del interventor del contrato de obra consiste en someter a nuevo examen las obras objeto del contrato y la ejecución del mismo desde la perspectiva técnica, financiera, administrativa y jurídica, así como los informes presentados por el contratista de obra para corregirlo, enmendarlo o repararlo, en ejercicio de las funciones asignadas contractualmente a la interventoría. Con base en lo anterior, al interventor le corresponde aprobar, esto es, calificar como suficiente y adecuada la ejecución de los avances en la obra, según la etapa en que la misma se encuentre.
b.	**Avala Designado Ente Territorial (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona designada para avalar el pago por parte del Ente Territorial. Esta revisión consiste en el exámen de los informes del contratista de obra para corregir, enmendar o reparar cualquier aspecto relacionado con la normatividad territorial aplicable. En desarrollo de esta función, el designado de la entidad territorial debe avalar, es decir manifestar su acuerdo con la ejecución del contrato, desde la perspectiva de estas normas. (APLICA PARA CONTRATOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS).
c.	**Verifica Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento a la ejecución de la obligación adquirida con ENTerritorio SA.. En los casos en que aplique, la verificación a cargo del Supervisor de ENTerritorio S.A. consiste en comprobar o examinar que el interventor llevó a cabo todo el segumiento técnico, jurídico, financiero y administrativo del contrato de obra, y que el mismo está documentado de acuerdo con las exigencias de ENTerritorio.
d.	**Verifica y autoriza Supervisor ENTerritorio S.A. (si aplica):** registre la firma, el nombre y número de identificación de la persona asignada como supervisor para realizar seguimiento y verificación a la ejecución de la obligación contractual con ENTerritorio S.A. y autoriza el pago.

UIMIOSALUD
Mejoramos su Calidad de Vida
NIT: 802.020.334-1
RESOLUCION DIAN:18764096707518 BBQ134970 AL BBQ200000; DEL 06/08/2025 A 06/08/2026

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

PACIENTE

Nombre: **EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A**

Género: NEUTRO
Fecha de Nacimiento: miércoles, 01 marzo de 2023
Número: 899999316
Identificación - Propiedad: PROPIA
Tipo: NIT
Edad: 2 Año(s) 9 Mes(es) 13 Dia(s)
Estado Civil: SOLTERO(A)
Teléfono(s): +576019156282
Ocupación: NO APLICA
Plan: .
Correo(s) Electrónico(s): .
Dirección de Residencia: CL 26 13 19P 21 - BOGOTA
Entidad Aseguradora: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A.
Entidad Pagadora: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A. - CONTRATO No 2240287
Tipo de Afiliado: OTRO
Tipo de Usuario: SIN REGIMEN
Nivel Salarial: .
Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

DIAGNÓSTICO(S)

No.	Código	Nombre
1	B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION

INFORMACIÓN DE LA FACTURA

Número: **BQQ 142676**
Fecha de Generación: 2025-12-11
Sede: QUIMIOSALUD S.A.S. - BARRANQUILLA (ATLANTICO) - BARRANQUILLA
Medio de Pago: CRÉDITO ACH
Forma de Pago: CREDITO
Fecha de Vencimiento: 2025-12-11
Fecha de Ingreso: 2025-11-01 15:44
Fecha de Egreso: 2025-11-30 15:44
Fecha de Emisión: 2025-12-11 15:49

ENTIDAD PAGADORA

Entidad: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A.
NIT: 899999316-1
Contrato: EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A. -
Números de Poliza: 0
Números de Contrato: 2240287
Modalidades de Pago: PAGO POR EVENTO
Cobertura o Plan de Beneficios: URGENCIAS POBLACION MIGRANTE
Periodo de Pago: 0

GRUPO: OTROS SERVCIOS

No.	Código 1	Código 2	Descripción	Autorización	Cantidad	Valor Unitario	Tipo Pago Compartido	Valor Pago Compartido	Valor Total
1	890354	0	CONTRATO 2240287 GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE INTEGRAL VIH A LA POBLACION MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA		7	$240.000	NO APLICA	$0	$1.680.000
							Total Grupo		$1.680.000

~~CUFE:~~ 13ffeac311c0d2caf798f2fefd7f58a41ae93622b85b2b00ba3fee632b8818869553fd66c6296b11cc3cb34f49d1098b

UIMIOSALUD
Mejoramos su Calidad de Vida
NIT: 802.020.334-1
RESOLUCION DIAN:18764096707518 BBQ134970 AL BBQ200000; DEL 06/08/2025 A 06/08/2026

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Subtotal: UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE	$ 1.680.000
Valor Descuentos: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor Intereses: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor asumido por el usuario: CERO PESOS M/CTE	$ 0
Valor total a pagar: UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE	$ 1.680.000

No.	Tipo	Profesional
1	TRATANTE	SILVIA PATRICIASEVERICHE MONTALVO

Observaciones:
Desembolso contra entrega del informe del mes de Noviembre de 2025. (0) Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante y (7) Paquete de atención en VIH a población migrante.

Supervisor Administrativo: Carlos González.

Contrato No 2240287, cuyo objeto tiene: Garantizar el acceso al paquete de atención integral en VIH a población migrante venezolana, incluida mujer gestante, ciudad Barranquilla

Elaborado por:
MELEIBIS OSORIO MARTINEZ
COORDINADORA DE FACTURACION

Recibido por:
Nombre:
Identificación:
Fecha:

CUFE: 13ffeac311c0d2caf798f2fefd7f58a41ae93622b85b2b00ba3fee632b8818869553fd66c6296b11cc3cb34f49d1098b

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO WENDY ALARCON PEREZ IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA No 1.045.716.089 Y TARJETA PROFESIONAL No. 253.679-T, MIEMBRO DE LA FIRMA DE CONTADORES PÚBLICOS ARGUELLES AUDITORES & ASOCIADOS S.A., ACTUANDO COMO REVISOR FISCAL DE QUIMIOSALUD S.A.S

CERTIFICA:

Que la Sociedad, **QUIMIOSALUD S.A.S** Identificada con **NIT. 802.020.334-1** ha cumplido satisfactoriamente con el pago oportuno por concepto de aportes parafiscales a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, así como a los sistemas de salud, pensión y riesgos laborales ARL (Artículo 50 de la ley 789 de 2002) y ley 828 de 2003, presentándose en la actualidad a PAZ Y SALVO de enero a diciembre de 2025.

La presente certificación se expide en Barranquilla a los (09) días del mes de diciembre de 2025, a solicitud de la administración de QUIMIOSALUD para efectos de facturación y radicación a la entidad EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A., con Número de CONTRATO No CT-2240287 para la ciudad de

BARRANQUILLA. Atentamente,

Wendy Alarcón Pérez
Revisor fiscal,
C.C.1.045.716.089
T.P. 253.679 -T
Miembro de Argüelles Auditores & Asociados S.A.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

824E1CCC7D837C6A

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **WENDY MARIA ALARCON PEREZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1045716089 de BARRANQUILLA (ATLANTICO) Y Tarjeta Profesional No 253679-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

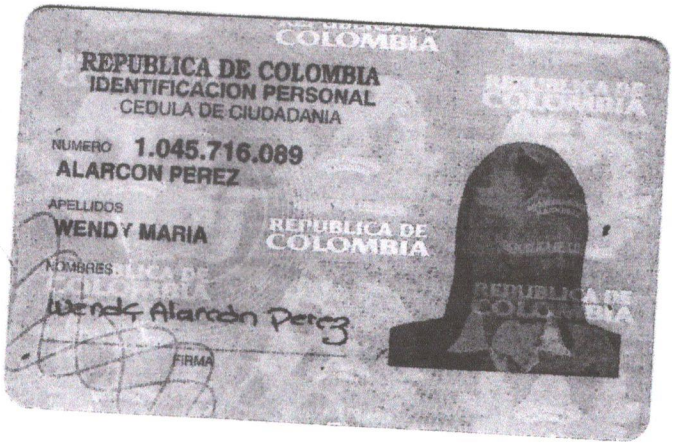
NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

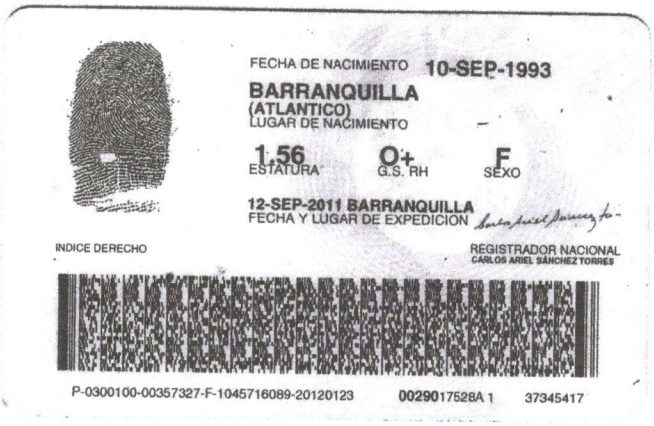
Dado en BOGOTA a los 23 días del mes de Septiembre de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.045.716.089
ALARCON PEREZ
APELLIDOS
WENDY MARIA
NOMBRES
Wendy Alarcón Perez
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-1993
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
12-SEP-2011 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
P-0300100-00357327-F-1045716089-20120123
0029017528A 1
37345417



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

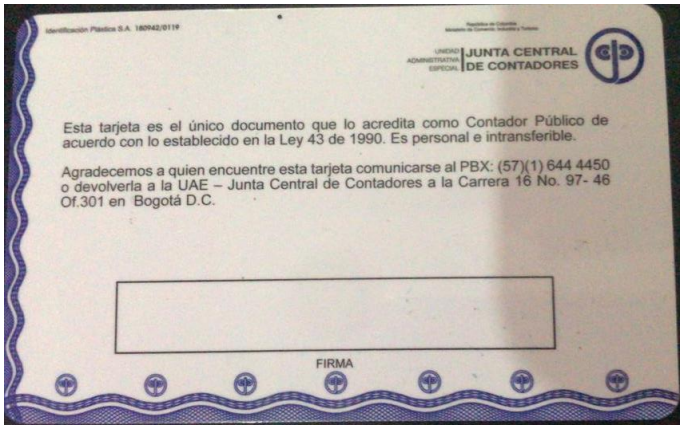
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

253679-T

WENDY MARIA
ALARCON PEREZ
C.C. 1045716089
RES. INSCRIPCION 88 DEL 18/02/2019
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA AMERICANA

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

261918 280796



Identificación Plásticos S.A. 180942/0119

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

Barranquilla, de diciembre de 2025

Doctor
FAGIL EDUARDO PATERNINA GRANADILLO
Administrador Agencia Barranquilla IPS Quimiosalud
Tel: 3012557093
Correo: adminbaq@quimiosalud.com
Ciudad Barranquilla

Asunto: Aprobación Séptimo informe del mes de noviembre de 2025. Contrato No. 2240287

Estimado Dr. Fagil:

En calidad de supervisores certificamos que hemos recibido a satisfacción el séptimo informe del mes de noviembre del 2025, en el marco del Contrato No. 2240287 cuyo objeto es "*GARANTIZAR EL ACCESO AL PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL EN VIH A POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, INCLUIDA MUJER GESTANTE, QUE HAYAN SIDO CONFIRMADOS CON LOS SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DE VIH FINANCIADOS POR RECURSOS DEL FONDO MUNDIAL A TRAVÉS DE LOS CONVENIOS DE COOPERACIÓN SUSCRITOS POR ENTERRITORIO CON EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, EN EL MARCO DEL ACUERDO DE SUBVENCIÓN No. COL-H-ENTERRITORIO 3042 (CONVENIO NO. 222005) SUSCRITO CON EL FONDO MUNDIAL, EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA:*

- Informe de personas migrantes atendidas en el periodo del 1 al 30 de noviembre de 2025
- Cargue en SISCOSSR del avance en la atención (con almacenamiento y dispensación del TAR) del usuario canalizado del servicio por migrante efectivamente atendido, incluyendo mujeres gestantes del periodo 1 al 30 de noviembre de 2025

Indicador	Cantidad
Paquete de atención en VIH para mujer gestante migrante sin afiliación al SGSSS, que cumpla con las normas establecidas en Colombia de la prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Incluye ARV.	**0**
Paquete de atención en VIH a población migrante, en condición irregular y sin afiliación al SGSSS, que hayan sido confirmados con los servicios de diagnóstico de VIH que desarrollan las Empresas Sociales del Estado con recursos del Fondo Mundial. No incluye ARV.	**7**

Fuente: SISCO-SSR (corte a 30 de noviembre de 2025)

Conforme a lo anterior, se aprueba el informe de personas migrantes atendidas para el desembolso No. 7.

Cordialmente,

MAGDA LUCY PEREZ VILLANUEVA
Gestora Territorial

EDER JESUS PATERNINA RODRIGUEZ
Profesional de monitoreo

Firmado digitalmente por 1b28cb97-a868-4085-b162-79198b02c3c6

DANILO DE JESUS DE ALBA DE MOYA
Coordinador Técnico ENTerritorio

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA