	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÒN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATOS PRESTACIÓN SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 2.0	**Fecha: 20/03/2023**	**Página 1 de 4**

DATOS DEL INFORME					
Fecha de presentación: 31 DE MAYO DE 2025	**Nombre del Contratista:** PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS SAS				**No. Contrato:** 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Periodo del informe:	**Desde el :** 01 DE MAYO DE 2025		**Hasta el:** 31 DE MAYO DE 2025		
Objeto del contrato: "PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN CIRUGIA PEDIATRICA PARA EL HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA Y DISPENSARIO DE BLAS DE LEZO "					
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATO					
Fecha de suscripción	21 DE MARZO DE 2025				
Fecha de Iniciación- Inicio	26 DE MARZO DE 2025				
Plazo del contrato	CUATRO (04) MESES.				
Fecha de Terminación	31 DE JULIO DE 2025				
Fecha de terminación final (incluir prórrogas)	31 DE JULIO DE 2025				
Valor Inicial del contrato	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000.00)				
No. CDP y FECHA: 28025 DEL 13/01/2025	**VALOR:** $ 75.000.000.00		**No. CRP y FECHA:** 42225 DEL 26/03/2025		**VALOR:** $ 75.000.000.00
Valor total del contrato (incluido valor adición)	SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE (75.000.000.00)				
No. CDP y FECHA:	**VALOR:**		**No. CRP y FECHA:**		**VALOR:**
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO	**No. de Póliza** **65-03-101072143** **75-03-101015021** **75-46-101017629**		**Aseguradora:** **SEGUROS DEL ESTADO S.A** **SEGUROS DEL ESTADO S.A** **SEGUROS DEL ESTADO S.A**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**			**VALOR ASEGURADO**
	RESPONSABILIDAD CIVIL RESPONSABILIDAD CIVIL	02/09/2024 13/06/2024	02/09/2025 13/06/2025		$1.000.000.000.oo $1.000.000.000.oo
	CUMPLIMIENTO	21/03/2025	31/07/2025		$7.500.000.oo
GARANTÍAS APROBADAS EN EL CONTRATO (APLICA CUANDO SE MODIFICA EL CONTRATO EN TIEMPO Y VALOR)	**No. de Póliza** **Anexo No. 1**		**Aseguradora:**		
	AMPAROS	**VIGENCIA**			**VALOR ASEGURADO**
MODIFICATORIOS DEL CONTRATO					
TERMINACIÓN ANTICIPADA:					
STADO FINANCIERO DEL CONTRATO	**Valor total del contrato (Incluida adiciones)**		$75.000.000.00		
	Valor total tramitado para pago		$30.000.000.00		
	Saldo del contrato		$45.000.000.00		
	Porcentaje de Ejecución:		**40 %**		

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. de Planilla de Salud: **86658278**	**Entidad:** NUEVA EPS **Fecha de pago:** 19/05/2025 **Valor:** $ 1.861.600.00
No. de Planilla de Pensión: **86658278**	**Entidad:** COLPENSIONES **Fecha de pago:** 19/05/2025 **Valor:** $ 2.531.800.00
No. de Planilla de Riesgos Profesionales: **86658278**	**Entidad:** Positiva Compañía **Fecha de pago:** 19/05/2025 **Valor:** $ 362.800.00

CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES / ACTIVIDADES

No.	DESCRIPCIÓN DE LA OBLIGACIÓN (Registrar cada una de las obligaciones especificas contratadas)	DEFICIENTE	A MEJORAR	SATISFACTORIO	SOBRESALIENTE	OBSERVACIONES (Registrar en esta columna las observaciones realizadas a la actividad)
	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a cuatro (4) horas, en caso a valoración de urgencias y dar respuestas a interconsulta acuerdo a parámetros establecidos de respuestas. Se exceptúan los casos de extrema urgencias y emergencia según criterio médico, las cuales deberá responder en menos de 1 hora. Acude a los llamados del servicio de urgencia acuerdo a turnos de disponibilidad asignados. 15 días por valor de $ 1.000.000 c/u.			X		El contratista cumplió a cabalidad el objeto contractual

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE PAGO					
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO	Certifico que el contratista cumplió conforme a los requisitos de Ley con los aportes a seguridad social, a las entidades a las que está obligado a aportar. Se anexan Comprobantes de pago.				
AUTORIZACIÓN PAGO	**PERIODO A PAGAR**	**DESDE EL**	01/05/2025	**HASTA EL**	31/05/2025
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en Letras)	QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE.			
	VALOR A PAGAR ESTE PERIODO (Valor en números)	**$** 15.000.000,00			

SUPERVISOR – DEPENDENCIA	
NOMBRE: CC REYES HERNANDEZ ERIKSON	
CARGO: JEFE SERVICIO CIRUGIA GENERAL SUPERVISOR CONTRATO Nº 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.	**FIRMA**

DOCUMENTOS SOPORTES	1. **Solicitud de pago.** 2. **Soportes pago de Seguridad Social (Salud, pensión y Riesgos Profesionales).** 3. **Informe de supervisión y cumplimiento del Contratista.** 4. **Factura electrónica de venta PAK-409**

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN DE SANIDAD NAVAL**		
	PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL		
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y SOLICITUD DE PAGO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		
	Versión 1.0	**Fecha: 20/02/2023**	**Página 1 de 1**

Cartagena D.C, 31- MAY-2025

Señor:
ERIKSSON REYES
Supervisor Contrato No. 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025
Cartagena

INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO **No 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.**

Nombre del contratista PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS, identificado como aparece al pie de mi firma, de la manera más respetuosa me permito presentar, el informe de actividades realizadas en mi condición de CONTRATISTA, durante el periodo de Mayo de 2025, en cumplimiento a lo establecido en la cláusula sexta del CONTRATO No. 301 del 26 de MARZO de 2025, cuyo objeto contractual es: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CIRUGIA PEDIATRICA, las cuales relaciono a continuación:

INFORME DE ACTIVIDADES No. 002

DESCRIPCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES EJECUTADAS CONFORME AL PERIODO

No.	OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	ACTIVIDADES REALIZADAS
1	Acudir al llamado en tiempo de respuesta no superior a dos (2) horas, en caso a valoración de urgencias y dar respuestas a interconsulta acuerdo a parámetros establecidos de respuestas. Se exceptúan los casos de extrema urgencias y emergencia según criterio médico, las cuales deberá responder en menos de 1 hora.	Se acudió al llamado el 100% de las veces durante 15 días de disponibilidad del mes de mayo.
2.		

ACREDITACIÓN DEL PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL: Cumpliendo con lo dispuesto en el contrato, anexo el comprobante de pago de seguridad social, planilla No. 86658278 correspondiente al mes de abril de 2025.
INFORMACIÓN DE NOVEDADES AL SUPERVISOR: Ninguna

SOLICITUD DE PAGO DEL CONTRATO No. No 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

Con ocasión a la forma de pago definida en la cláusula séptima del contrato, para el periodo ejecutado, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional, pagar a nombre del contratista, la siguiente suma:

No. PAGO	FECHA	VALOR A PAGAR	CONCEPTO	REGIMEN	No. RUT
No. 002	**31/05/2025**	**QUINCE MILLONES DE PESOS ($15.000.000).**	**Servicios prestados durante el mes de Mayo, durante 15 días por valor de 1.000.000 cada día de disponibilidad en desarrollo del contrato No 301A R C - D I S A N - DHONAC-2025.**	**SIMPLIFICADO**	**901088105-1**

Para efecto del pago, agradezco desembolsar en la cuenta Ahorros (x) No. 0089359087 del banco BBVA.
Atentamente,

TANIA CASTILLA

PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS
NIT 901088105-1
No. de contrato 301-ARC-DISAN-DHONAC-2025.

2023022095110 **REGISTRO CONTROLADO SGC DISAN**

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

PANAKEIA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
aa84f5cca868adaaa5ba94c70f0890e95d287d84e8d5c218de1920fbff99aaf8c60925b79bfe784e665b6ced083c9ec8

Número de Factura: PAK-409
Fecha de Emisión: 26/05/2025
Fecha de Vencimiento: 25/07/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Crédito Ahorro
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nombre Comercial: PANAKEIA SERVICIOS MEDICOS S.A.S.
Nit del Emisor: 901088105
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8610

País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: BRR PASEO BOLIVAR CR 16 36 39 CON LA SEVILLANA
Teléfono / Móvil: 3135365584
Correo: panakeiasas@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: HOSPITAL NAVAL NIVEL III DE CARTAGENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 901541021
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: Sifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	5	Disponilidad Urgencias Cirugia Pediatrica Mayo 2025	NIU	15.000.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.000.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
26/05/2025 14:31:38
Documento validado por la DIAN:
26/05/2025 14:31:40
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	15000000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15000000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	15000000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 15000000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	15.000.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	15.000.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	15.000.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	**COP $** $ 15.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764084595927 Rango desde: 385 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2025-12-03

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	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	86658278	$4.756.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.844.600	0		0		0	14	17.000	0	1.861.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	2.361.100	0	0	73.800	73.800	14	21.700	1.400	2.531.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	359.500				359.500	14	3.300	362.800			3.595	362.800	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	14	0	0	0
ICBF				
0	14	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	1.844.600	1.861.600
Pensión	1	2.508.700	2.531.800
Riesgos Laborales	1	359.500	362.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.712.800	4.756.200

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
CC	1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA		Calle 63D# 28A 52	3118114435	luismateuspe@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2025-04	2025-04	I	19/05/2025	86658278	$4,756,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en 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	1075282803	MATEUS PEÑA LUIS MIGUEL	57	0			N																	25-14	14,756,800	2,361,100	0	0	73,800	73,800	EPS037	14,756,800	1,844,600	14-23	14,756,800	3	359,500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

enlace operativa

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-29, 08:42:11 AM **Tipo Planilla:** Y: PLANILLA INDEPENDIENTES EMPRESAS **Numéro Planilla:** 77126371

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025

PAGADO 03/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PANAKEIA SERVICOS MEDICOS SAS		
Documento	NI901088105	**Dirección**	CR 16 #36 - 39 CONJRES LASEVILLANA
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	**Teléfono**	605123456
Tipo Persona	JURÍDICA	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CARTAGENA DE INDIAS, DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL	**Departamento**	BOLIVAR
Representante Legal	CASTILLA CORTES TANIA CECILIA	**Identificación**	CC 45688532
Total Afiliados	5	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1075282803	LUIS MIGUEL MATEUS PEÑA	59	00																	0	0	0	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(NIN-EP) NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	6.960	$ 1.423.500	$ 99.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100
CC 40398898	MARGARITA MARTINEZ	59	00																	0	0	0	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(NIN-EP) NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	6.960	$ 1.423.500	$ 99.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100
CC 45688532	TANIA CECILIA CASTILLA CORTES	59	00																	0	0	0	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(NIN-EP) NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	6.960	$ 1.423.500	$ 99.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100
CC 51974166	SANDRA YADIRA MORENO ALONSO	59	00																	0	0	0	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(NIN-EP) NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	6.960	$ 1.423.500	$ 99.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100
CE 507571	PASTOR ALEXANDER THOMAS OLIVARES	59	00																	0	0	0	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(NIN-EP) NINGUNA EPS	$ 0	$ 0	6.960	$ 1.423.500	$ 99.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 99.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 7.117.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.500	$ 0	$ 495.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS EN PILA