| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2026-01-01 | **Hasta:** | 2026-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | | **Número de Documento:** | 1034317228 | |
| **Correo Electrónico:** | gustavobruzual1963@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3164040857 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 6980-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1675 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 3-EBE | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| V07UI552 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $7378400 | 76.1% |
| A10JBT | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SAN BENITO | $1600000 | 16.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 8978400** | **OCHO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS** | | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-10-02 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-11-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-11-27 | 2026-01-09 | 1 | $ 14234320 | 1957 |
| 2 | 2026-01-02 | 2026-03-31 | 2 | $ 26935200 | 4 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | OCTUBRE | | $ 7119200 | |
| 2 | | NOVIEMBRE | | $ 8978400 | |
| 3 | | DICIEMBRE | | $ 9378800 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 17956800** | **$ 59126320** | **$ 25476400** | **$ 33649920** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Efectuar la valoración médica integral de los usuarios en los diferentes escenarios de atención designados, lo que incluye Unidades de Reacción Inmediata (URI), estaciones de policía, recorridos nocturnos para habitantes de calle, hogares de paso y domicilios particulares. | -se realizar la valoracion medica integral de los usuarios en los diferentes escenarios de atencion designados para el periodo a certificar | -Historia clinica |
| 2 | 2.Realizar actividades individuales de resolutividad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad. | se realizan las actividades individuales de resolutividad en salud contempladas en el plan de beneficios en salud segun meta programada | -Historia Clincia |
| 3 | 3. Desarrollar cada valoración médica aplicando un enfoque biopsicosocial, diferencial y poblacional, que considere las particularidades físicas, emocionales, sociales y culturales de cada persona atendida. | -se realiza la valoracion medica aplicando un enfoque biopsicosocial diferencial y poblacional que considere las particularidades físicas emocionales sociales y culturales de cada persona atendido | -Historia Clinica |
| 4 | 4.Realizar actividades individuales de resolutividad en salud, contempladas en el plan de beneficios en salud, a fin de articular acciones que garanticen integralidad y continuidad en la atención bajo los principios de concurrencia y complementariedad. | -se realizan las actividades individuales de resolutividad en salud contempladas en el plan de beneficios en salud que garantizan la integralidad y continuidad en la atencion bajo los principios de concurrencia y complementariedad | -Historia Clinica |
| 5 | 5. Elaborar y registrar la historia clínica completa por cada atención, la cual debe contener como mínimo: anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes, examen físico, análisis clínico, diagnósticos formulados y el plan de tratamiento o manejo a seguir. | -se realiza el registro de la historia clínica completa por cada una de las atenciónes realizada | -Historia clinica |


***© Siasur - 2026***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6. Establecer, durante la primera visita presencial, el plan de automanejo con los pacientes que presentan patologías crónicas, concertando acciones de cuidado individual y familiar para promover la adherencia y el control de su condición. | -se realiza la visita presencial el plan de automanejo con los pacientes que presentan patologías cronicas concertando acciones de cuidado individual y familiar para promover la adherencia y el control de su condicion | -Historias Clinicas |
| 7 | 6. Registrar de manera obligatoria, completa y oportuna la totalidad de las atenciones realizadas en el aplicativo GTAPS y en el sistema de historia clínica de la Subred, utilizando los códigos de diagnóstico CIE-10 que correspondan para asegurar la calidad del registro clínico. | -se registran en el aplicativo GTAPS y en el sistema de historia clínica de la Subred utilizando los codigos de diagnostico CIE-10 que correspondan para asegurar la calidad del registro clínico de cada una de las atenciones realizadas | -Aplicativo GTAPS |
| 8 | 7. Gestionar las remisiones de los usuarios a los servicios indicados en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y efectuar la notificación de los eventos de interés en salud pública al SIVIGILA o al subsistema que corresponda. | -no aplica para este periodo | -no aplica para este periodo |
| 9 | 8. Realizar las consultas que han sido indicadas y autorizadas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), conforme a la revisión de pertinencia y los lineamientos establecidos en la Resolución 3280 de 2018. | -se realizar cada una de las consultas que han sido indicadas y autorizadas por la Entidad Administradora de Planes de Beneficios EAPB | -Historia Clinica |
| 10 | 9. Brindar asistencia médica inmediata en situaciones de emergencia o urgencia que se presenten durante las intervenciones y activar, en caso de ser necesario, la remisión del usuario a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) a través de la línea 123. | -no aplica para este periodo | -no aplica para este periodo |
| 11 | 10. Participar en las jornadas de atención en salud destinadas a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, como las personas privadas de la libertad, los ciudadanos habitantes de calle y los residentes de unidades de larga estancia de la Secretaría de Integración Social. | -se participar en las jornadas de atención en salud destinadas a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad | -Historia clinica |
| 12 | 11. Proveer educación en salud al usuario y a su núcleo familiar sobre su diagnóstico, el plan de tratamiento, los posibles efectos secundarios, los signos de alarma y las prácticas de autocuidado para fortalecer el seguimiento a las indicaciones médicas. | -se realiza educacion en salud al usuario y a su nucleo familiar sobre su diagnostico el plan de tratamiento los posibles efectos secundarios los signos de alarma y las prácticas de autocuidado para fortalecer el seguimiento a las indicaciones medicas | -Historia clinica |
| 13 | 12.Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred. | -se asiste a las reuniones convocadas como reunion mensual comite de cuidado fortalecimientos tecnicos precríticas y demas espacios por la SDS y la Subred. | -Listados de asistencia |
| 14 | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -se realizan las actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -aplicativo GTAPS Historia Clinica |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 9378800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 409025 | - | | |
| 2025 | DICIEMBRE | 2026 | 01 | 06 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | NUEVE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 3751520 | $ 600243 | **$ 600300** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 468940 | **$ 469000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 91387 | **$ 91400** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 1088766** | **$ 1160700** |

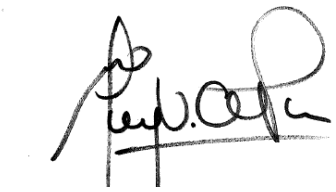
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 23116241781 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | 2026-01-19 20:53:36 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | 2026-01-20 10:18:25 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | 2026-01-21 10:21:25 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2026-01-24 22:28:24 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2026-01-26 12:32:27 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA**
**DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD**
*Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611*
*www.subredsur.gov.co*
*Teléfono 7300000 Ext 26017*
***© Siasur - 2026***

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 | 1034317228 | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | calle 48 #16-24 chapinero alto | 2183935 | gustavobruzual1963@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 | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 06/01/2026 | 409025 | $1.160.700 | |

## 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 | 469.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 469.000 | 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 | 600.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 600.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 91.400 | | | | 91.400 | 0 | 0 | 91.400 | | | 914 | 91.400 | 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 | 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 | 469.000 | 469.000 |
| Pensión | 1 | 600.300 | 600.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 91.400 | 91.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.160.700 | 1.160.700 |

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 | 1034317228 | GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL | | calle 48 #16-24 chapinero alto | 2183935 | gustavobruzual1963@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 | |
| 2025-12 | 2025-12 | I | 06/01/2026 | 409025 | $1.160.700 | |

## 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 | Estornado | 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 | 1034317228 | BRUZUAL LEAL GUSTAVO ADOLFO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 3.751.520 | 600.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.751.520 | 469.000 | 14-11 | 3.751.520 | 3 | 91.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

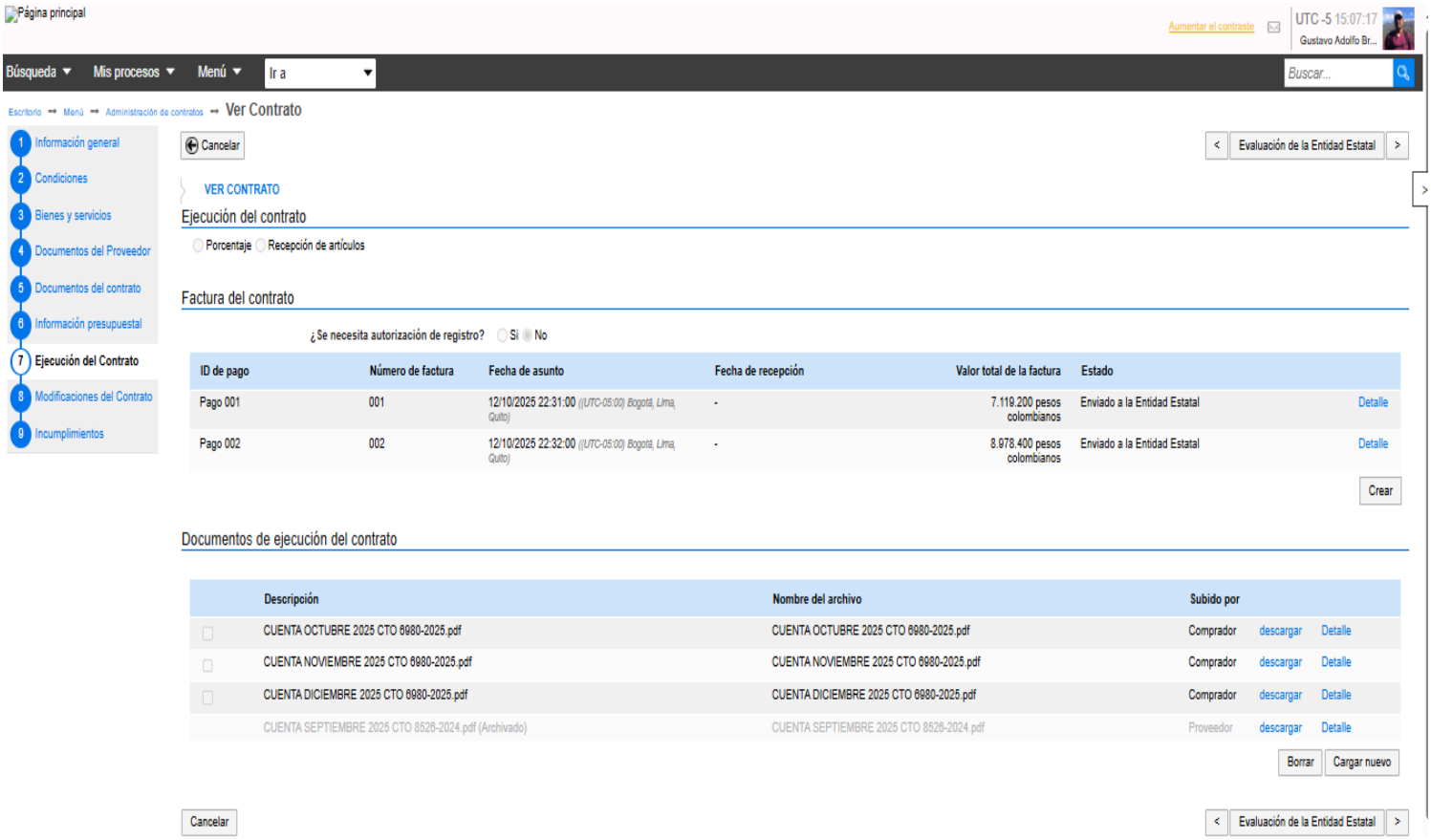
El aportante **GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL**, identificado con **CC** número **1034317228**, aportó por **GUSTAVO ADOLFO BRUZUAL LEAL**, identificado(a) con **CC** número **1034317228** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2025-12** y salud **2025-12** de la siguiente manera:

| CODIGO | NOMBRE DE ADMINISTRADORA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $3.751.520 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 409025 | 06/01/2026 | N |
| 14-11 | ARL SURA | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $3.751.520 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 409025 | 06/01/2026 | N |
| EPS008 | Compensar EPS | | | | | | | | X | | | | | | | 0 | | 30 | $3.751.520 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 409025 | 06/01/2026 | N |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Enero de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.


Página principal
Aumentar el contraste
UTC -5 15:07:17
Gustavo Adolfo Br...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ➡ Menú ➡ Administración de contratos ➡ Ver Contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Factura del contrato
¿Se necesita autorización de registro? Si No
ID de pago | Número de factura | Fecha de asunto | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado
Pago 001 | 001 | 12/10/2025 22:31:00 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 7.119.200 pesos colombianos | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle
Pago 002 | 002 | 12/10/2025 22:32:00 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito) | - | 8.978.400 pesos colombianos | Enviado a la Entidad Estatal | Detalle
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción | Nombre del archivo | Subido por
CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | Comprador descargar Detalle
CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | Comprador descargar Detalle
CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | CUENTA DICIEMBRE 2025 CTO 6980-2025.pdf | Comprador descargar Detalle
CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 8526-2024.pdf (Archivado) | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 8526-2024.pdf | Proveedor descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >