

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|-----------|------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JOSE ARLEY ARIAS PAREDES | | CC: | 80074653 | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jaariaspa@gmail.com | | TELÉFONO: | 3103379122 | |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TRASVERSAL 73D 39A 28 SUR | | CIUDAD: | BOGOTA | |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 4545580964 |

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|--|--------------|
| N° DEL CONTRATO: | PS 2004 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 6.771.264 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2025/01/01 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 2026/01/31 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31 | | |



JOSE ARLEY ARIAS PAREDES
PS_2004_2025_CF83B9

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JOSE ARLEY ARIAS PAREDES

CC: 80074653

CEL: 3103379122

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOSE ARLEY ARIAS PAREDES

CON C.C N°

80.074.653

| | |
|-----------------------------|--|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |
|-----------------------------|--|

| | | | |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 2004 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 2025/01/01 |
|--|---------------------|------------------------------|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 38.088.360 | No. HORAS EJECUTADAS | 192 |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|------------|

| | | | |
|---|---------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 96.702.114 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 6.771.264 |
|---|---------------|--|--------------|

| | |
|--|------------------|
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | TRECE (13) MESES |
|--|------------------|

| | |
|--|----------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL LA VICTORIA |
|--|----------------------|

| | |
|-------------------------------|----------------------------|
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ |
|-------------------------------|----------------------------|

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

| | |
|----|---|
| 1 | Ejecuté al 100% procedimientos diagnósticos y terapéuticos dentro del plan de manejo de la especialidad, brindando atención oportuna, íntegra, continua y humanizada que incluya seguimiento, control y emisión de conceptos médicos, garantizando la autonomía institucional y la cobertura en todas las unidades requeridas. |
| 2 | Informé clara y oportunamente al paciente, su familia y equipo de salud sobre la condición clínica, plan de manejo, recomendaciones y novedades, Realicé entrega de turno presencial mediante ronda médica, asegurando la continuidad y seguridad en la atención en el 100% de los casos. |
| 3 | Registré de manera completa, oportuna y sistematizada el 100% de las actividades en los sistemas institucionales, incluyendo historias clínicas, consentimientos informados y reportes. En caso de fallas del sistema, utilice los formatos de contingencia establecidos, garantizando la confidencialidad, integridad y respaldo documental mediante firma y sello profesional. Además, anexe el 100% de actividades realizadas en la dinámica gerencial, tales como triage, atención inicial de urgencias, evolución de urgencias, procedimientos y fichas de notificación. |
| 4 | Respeté derechos del paciente, cumplí con el código de ética médica y disposiciones legales, así como me adherí al 100% de los protocolos, guías, políticas institucionales y marco normativo vigente que rige la prestación de los servicios. |
| 5 | Garantice al 100% el adecuado uso, custodia, funcionamiento, reparación y reposición de equipos, elementos e instalaciones asignados para el desarrollo de las actividades, reportando los activos según normativa institucional. |
| 6 | Colabore activamente y al 100% en la implementación y cumplimiento de políticas de calidad, seguridad del paciente, gestión del riesgo, acreditación y otros sistemas de garantía de calidad, incluyendo la notificación y análisis de eventos adversos y obligatorios. |
| 7 | Participe en capacitaciones, reuniones, comités, supervisiones internas y externas, cumpliendo oportunamente las recomendaciones y compromisos derivados de estos procesos, así como apoyé actividades y requerimientos institucionales y extra institucionales en su 100%. |
| 8 | Cumplí con el 100% del diligenciamiento adecuado y oportuno de documentos para procesos de costos, facturación, certificados legales (Fichas de notificación, defunción, MIPRES), y ayudé a responder reclamaciones y objeciones para evitar glosas, y garantizar la entrega oportuna de cuentas de cobro y el pago de aportes de seguridad social. |
| 9 | Coordine integralmente y al 100% el área de urgencias, reporté censos, gestione la liberación y flujo de camillas y camas, desarrolle y dirija unidades de urgencias considerando normatividad y requisitos técnicos, y elaboré guías y planes para emergencias y desastres. |
| 10 | Informé al 100% y oportunamente al supervisor sobre cualquier novedad que afectara la prestación del servicio, incluyendo ausencias o cambios en programación, garantizando la continuidad y adecuada respuesta institucional. |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|-----------------|---------------|--------------|
| No. DE PLANILLA: | N° 35798168 | OPERADOR: | ASOPAGOS |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 2026/01/05 | \$ 328.800 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 2026/01/05 | \$ 420.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SEGUROS BOLIVAR | 2026/01/05 | \$ 64.100 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 813.700 |

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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

| | |
|---|---|
| <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p> |  <p>JOSE ARLEY ARIAS PAREDES PS_2004_2025_CF83B9</p> <hr/> <p>JOSE ARLEY ARIAS PAREDES CC: 80074653</p> |
| <p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p> |  <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ PS_2004_2025_CF83B9</p> <hr/> <p>CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO</p> |

| DATOS GENERALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|------------------------|---------------------|------------------|---------------------|--|--------------------------|-----------------|--|----------------------|-------------------|-----------------------------|---|---|--------------------|---|----------------------------------|-------|-----------|-----------|-------------|---------------|-------------------|-------|--------------------|---|------|---|------|---|------|---|------------|---|------------|--------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | | TIPO PRESENTACIÓN | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CÓDIGO | PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO PLANILLA | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | TIPO EMPRESA | CLASE APORTANTE | CÓDIGO ARL | CÓDIGO OPERADOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | 80074653 | JOSE ARLEY ARIAS PAREDES | | | | ÚNICO | 0 | 0 | 2025-12 | 2025-12 | 35798168 | | PRIVADA | I | 14-7 | 86 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN | | CIUDAD / MUNICIPIO | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CÓDIGO | TELÉFONO | FAX | CORREO ELECTRÓNICO | | ACTIVIDAD ECONÓMICA | | VALOR NÓMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO | FECHA LIMITE DE PAGO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TV 73 D N 39 A 28 SUR | | BOGOTA | 1 | BOGOTA D.C | 11 | 6050947 | 6050947 | JAARIASPA@GMAIL.COM | | 8610 | | 0 | 1 | 2026-01-05 | 2026-01-15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD / NOMBRE EPS | NIT EPS | COT OBLIGATORIA | UPC ADICIONAL | # AUT INC | VALOR INC | # AUT LIC | VALOR LIC | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES UPC | SUBTOTAL COT | SUBTOTAL UPC | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR UPC | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EPS008 | 860066942 | 328800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 328800 | 0 | 0 | 0 | 328800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 328800 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA | | | | | | TOTAL APORTES A ICBF Y SENA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD / NOMBRE AFP | NIT AFP | COT OBLIGATORIA | COT VOL AF | COT VOL AP | FONDO SOL | DÍAS MORA | INTERESES | INTERESES FONDO SOL | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS | CÓD / NOMBRE CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS | ICBF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 230201 | 800229739 | 420800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 420800 | 1 | SINCCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR</th> <th>DÍAS MORA</th> <th>INTERESES</th> <th>TOTAL PAGAR</th> <th>NÚM AFILIADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL PAGAR | NÚM AFILIADOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | NÚMERO ADMINISTRADORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD / NOMBRE ARL | NIT ARL | COT OBLIGATORIA | # AUT INC | VALOR INC | OTROS RIESGOS | NETO COT | DÍAS MORA | INTERESES | SUBTOTAL APORTES | NÚM RAD ANTERIOR | SALDO FAVOR | FONDO SOL | TOTAL PAGAR | PENSIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14-7 | 860002503 | 64100 | 0 | 0 | 0 | 64100 | 0 | 0 | 64100 | 0 | 0 | 0 | 64100 | <table border="1"> <tbody> <tr><td>SALUD</td><td>1</td></tr> <tr><td>RIESGOS LABORALES</td><td>1</td></tr> <tr><td>CAJAS COMPENSACIÓN</td><td>0</td></tr> <tr><td>TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA</td><td></td></tr> <tr><td>PENSIONES</td><td>420800</td></tr> <tr><td>SALUD</td><td>328800</td></tr> <tr><td>RIESGOS LABORALES</td><td>64100</td></tr> <tr><td>CAJAS COMPENSACIÓN</td><td>0</td></tr> <tr><td>SENA</td><td>0</td></tr> <tr><td>ICBF</td><td>0</td></tr> <tr><td>ESAP</td><td>0</td></tr> <tr><td>MINISTERIO</td><td>0</td></tr> <tr><td>GRAN TOTAL</td><td>813700</td></tr> </tbody> </table> | | SALUD | 1 | RIESGOS LABORALES | 1 | CAJAS COMPENSACIÓN | 0 | TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA | | PENSIONES | 420800 | SALUD | 328800 | RIESGOS LABORALES | 64100 | CAJAS COMPENSACIÓN | 0 | SENA | 0 | ICBF | 0 | ESAP | 0 | MINISTERIO | 0 | GRAN TOTAL | 813700 |
| SALUD | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIESGOS LABORALES | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PENSIONES | 420800 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SALUD | 328800 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RIESGOS LABORALES | 64100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAJAS COMPENSACIÓN | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SENA | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICBF | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESAP | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MINISTERIO | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRAN TOTAL | 813700 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL APORTES A ESAP | | | | | | | | | | | | | | TOTAL A PAGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL APORTES A MINISTERIO | | | | | | | | | | | | | | TOTAL A PAGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALOR | DÍAS MORA | INTERESES | TOTAL A PAGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Inicio](#) → [Ver contrato](#)**Datos guardados**[Cancelar](#)[<](#) Evaluación de la Entidad Estatal [>](#)[VER CONTRATO](#)**Ejecución del Contrato** Porcentaje Recepción de artículos**Plan de Pagos**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
| No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados | | | | | |

[Crear](#)**Documentos de ejecución del contrato**

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip | N1C CAMBIO SUPERVISOR URGENCIAS 10-4-25.zip | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf | PS 2004 2025 COMUNICACIÓN SUPERVISOR 10-4-25.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf | PS 2004 2025 CTA COBRO ABRIL 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 1 PS 2004 2025 CRP-6573.pdf | 1 PS 2004 2025 CRP-6573.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 2 PS 2004 2025 CRP-15052.pdf | 2 PS 2004 2025 CRP-15052.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 2004 2025 16-07-2025.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 2004 2025 16-07-2025.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> 3 PS 2004 2025 CRP-19173.pdf | 3 PS 2004 2025 CRP-19173.pdf | Comprador Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 2004 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor Descargar Detalle |

[Borrar](#) [Cancelar](#)