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: (28-02-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA**			**CC:**	**1023900994**
CORREO ELECTRÓNICO:	**LISETH2524@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3106259799**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 40 SUR 2 29 ESTE**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400856004**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7635 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 2.980.800**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/14**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/02/28**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/02/01 AL 2026/02/28**				

MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA
PS_7635_2025_13FDAB

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA
CC: 1023900994
CEL: 3106259799

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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA			
	CON C.C N°	**1.023.900.994**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7635 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/14**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.788.480	**No. HORAS EJECUTADAS**	**184**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.692.480	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.980.800
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ		

ITEM	**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	1.OBLIGACIÓN PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 1.1Actividades desarrolladas Ejecuté intervenciones extramurales garantizando la aplicación de protocolos y normativas vigentes, asegurando oportunidad en la atención y adecuada interacción con la comunidad. 1.2 Productos (evidencias) Registro validado de intervenciones realizadas, en los formatos institucionales aprobados (planillas, fichas y aplicativos establecidos).
2	2.OBLIGACIÓN PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES. 2.1Actividades desarrolladas Elaboré el cronograma mensual de actividades, integrando metas, territorios y tiempos operativos conforme a planificación del convenio. 2.2 Productos (evidencias) cronograma mensual y reporte de cierre de actividades con evidencias
3	3.OBLIGACIÓN APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas recolecté organicé la entrega de información requerida en los anexos técnicos, asegurando su completitud y veracidad. 3.2 Productos (evidencias) Formatos y soportes solicitados según lineamientos técnicos.
4	4.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. 4.1Actividades desarrolladas Participé en los procesos de auditoría interna y calidad, implementando acciones correctivas y preventivas orientadas al cumplimiento de estándares. 4.2Productos (evidencias) Actas, reportes de acciones de mejora y evidencia de implementación.
5	5.OBLIGACIÓN REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 5.1Actividades desarrolladas Actualicé y revisé permanentemente los anexos, lineamientos técnicos y normativos del convenio, aplicándolos en el desarrollo operativo. 5.2Productos (evidencias) Acta de apropiación de lineamientos.
6	6.OBLIGACIÓN DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES. 6.1Actividades desarrolladas Brindé apoyo técnico dentro de las actividades del convenio, ajustándose a los requerimientos metodológicos y disciplinarios. 6.2 Productos (evidencias) Informe técnico breve de acompañamiento y acciones realizadas.
7	7.OBLIGACIÓN REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED. 7.1Actividades desarrolladas Verifiqué la calidad, exactitud y completit ud de todos los formatos y documentos generados en campo antes de su entrega. 7.2Productos (evidencias) Paquete documental revisado, foliado y entregado según norma institucional.

8	8. OBLIGACIÓN PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN. 8.1 Actividades desarrolladas Participé en actividades de acercamiento comunitario conforme a la programación establecida por el equipo. 8.2 Productos (evidencias) Entrega de formatos y documentos generados en campo
9	9. OBLIGACIÓN ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS. 9.1 Actividades desarrolladas Durante el periodo evaluado no se identificaron eventos de interés en salud pública que requirieran notificación. 9.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
10	10. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS. 10.1 Actividades desarrolladas Asistí a las convocatorias técnicas y apliqué los lineamientos recibidos en las actividades extramurales. 10.2 Productos (evidencias) Registro de asistencia o evidencia de participación.
11	11. OBLIGACIÓN ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 11.1 Actividades desarrolladas Clasifiqué y custodié la documentación generada conforme a la normatividad vigente, asegurando su conservación y fácil acceso. 11.2 Productos (evidencias) Archivo físico o digital organizado según directrices institucionales.
12	12. OBLIGACIÓN REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. 12.1 Actividades desarrolladas Ejecuté actividades adicionales asignadas, enmarcadas en el objeto contractual y conforme a los procedimientos establecidos. 12.2 Productos (evidencias) Registro o evidencia de cumplimiento de la actividad asignada.
13	13. OBLIGACIÓN REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD. 13.1 Actividades desarrolladas Apliqué los instrumentos de caracterización sociodemográfica y tamizajes establecidos conforme a los lineamientos vigentes. 13.2 Productos (evidencias) Formatos de caracterización completos con tamizajes y registros correspondientes.
14	14. OBLIGACIÓN DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DIARIAMENTE. 14.1 Actividades desarrolladas Registré la información de caracterización en el aplicativo GTAPS dentro de las primeras 24 horas de la intervención, garantizando calidad del dato. 14.2 Productos (evidencias) Soporte de registro o reporte de carga en el aplicativo.
15	15. OBLIGACIÓN PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS. 15.1 Actividades desarrolladas No aplica para el periodo evaluado. 15.2 Productos (evidencias) No aplica.
16	16. OBLIGACIÓN PRESENTAR MAPA Y MATRIZ DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO. 16.1 Actividades desarrolladas Durante el mes de febrero no se desarrollaron ejercicios de cartografía ni consolidación de matrices. 16.2 Productos (evidencias) No aplica para el periodo.
17	17. OBLIGACIÓN PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL. 17.1 Actividades desarrolladas Participé en los espacios de análisis territorial convocados durante el periodo, cuando fueron programados. 17.2 Productos (evidencias) Acta de comité territorial, cuando aplica.

18	18. OBLIGACIÓN REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS INSTRUMENTOS DEFINIDOS. 18.1 Actividades desarrolladas Registré la información de visitas e intervenciones en los instrumentos físicos y digitales definidos. 18.2 Productos (evidencias) Planillas y registros diligenciados.
19	19. OBLIGACIÓN GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS. 19.1 Actividades desarrolladas Gestioné los riesgos identificados conforme a los lineamientos establecidos y según correspondió en cada caso. 19.2 Productos (evidencias) Registros de gestión o activación de rutas, cuando aplicó.
20	20. OBLIGACIÓN CUMPLIR CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO. 20.1 Actividades desarrolladas Desarrollé las actividades asignadas conforme a los lineamientos técnicos, operativos y al objeto del convenio. 20.2 Productos (evidencias) Informe de cumplimiento de actividades según metas y productos del anexo técnico.

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 (2026-02-01) AL (2026-02-28)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9497509036	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2026/02/10	$ 218.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	2026/02/10	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/02/10	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA* *PS_7635_2025_13FDAB* **MARISELLA LYSETH BELTRAN VALDERRAMA** **CC: 1023900994**

FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7635_2025_13FDAB* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ* *PS_7635_2025_13FDAB* **HAROLD ROLANDO DELGADO GÓMEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	93006048	9497509036	I	2026/02/23	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1023900994 BELTRAN MARISELLA	231001	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023900994		BELTRAN VALDERRAMA MARISELLA LYSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40 sur n°2-29este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2079115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	93006048	9497509036	I	2026/02/23	2026/02/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$0**	**$0**	**$541,800**

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9629083381 DV: 143879
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 10/02/2026 14:18:20
PAP: 917843
Nombre: ddd
Apellido 1: ddd
NUM PLANILLA: 94975090 36
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1023900994
PERIODO: 202601
Referencia: 94975090 36Valor: $541.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

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

Datos guardados

Cancelar

< Evaluac

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado po
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	PS_7635__2025_CUENTA_DE_COBRO_NOVIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf (Archivado)	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_DICIEMBRE_2025.pdf	Proveedor
☐	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	PS_7635_2025_CUENTA_DE_COBRO_ENERO_2026.pdf	Proveedor

Cancelar

< Evaluac