**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: (31-03-2026)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ** | | | **CC:** | **1013577751** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **jgomez.saludsoacha@gmail.com** | | | **TELÉFONO:** | **3125944998** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 4 4C 00** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DE BOGOTA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **272387929** |
| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | |
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 7429 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | | | **$ 2.980.800** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/10/08** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | | **2026/05/31** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2026/03/01 AL 2026/03/31** | | | | |

*SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ*
*PS_7429_2025_F94D9D*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ**
**CC: 1013577751**
**CEL: 3125944998**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.013.577.751** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 7429 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/10/08** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 2.384.640 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **184** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 26.231.040 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.980.800 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | OCHO (8) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | 1.Obligación 1: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 Actividades desarrolladas: Realiza seguimiento a la población susceptible objeto del Programa ampliado de inmunizaciones, garantizando la calidad y oportunidad en la atención, aplicando los lineamientos del programa y los instructivos establecidos en la caja de herramientas. Diligencia los formatos sin enmendaduras ni tachones, asegurando información completa, clara y congruente. Garantiza la cadena de frío, la custodia de los inmunobiológicos y de los dispositivos médicos, y vacuna la población susceptible según el PAI e inicia las actividades de acuerdo con la programación establecida. 1.2Productos (evidencias): Registro en el módulo de la cohorte o base según actividad asignada. |
| 2 | Obligación 2: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 Actividades desarrolladas: Elabora el cronograma mensual conforme a la planeación del programa, asegurando el inicio oportuno de las actividades. 2.2Productos (evidencias): Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios. |
| 3 | Obligación 3: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se soliciten conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 Actividades desarrolladas: Ejecuta las tácticas de vacunación extramural garantizando la aplicación oportuna de los biológicos y la atención segura a la población. Cumple los lineamientos del PAI y los instructivos de los formatos de la caja de herramientas, diligencia los formatos sin tachones ni enmendaduras, y asegura la cadena de frío y custodia de los inmunobiológicos, política de frasco abierto. 3.2Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla,kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC-Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento a la cohorte en el aplicativo distrital o base asignada. |
| 4 | Obligación 4: 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: Da cumplimiento a las actividades establecidas según planes de mejora. Desarrolla las acciones de manera oportuna y bajo los protocolos establecidos. cumple con la correcta disposición de residuos, técnica aséptica, presentación personal, cumple con la vacunación segura sin barreras, realizar demanda inducida. 4.2Productos (evidencias): calidad del dato y seguimiento a la población susceptible en el módulo cohortes. Actas o listas de chequeo. |
| 5 | Obligación 5: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 5.1Actividades desarrolladas: Aplica los conocimientos técnicos de auxiliar de enfermería y los lineamientos del programa, los correctos de administración de medicamentos, apropiándose de los instructivos de la caja de herramientas, esquema nacional de vacunación vigente. Diligencia registros con información veraz y coherente, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la conservación y custodia adecuada de los biológicos y dispositivos médicos. 5.2Productos (evidencias): Según programación; Registro diario pediátrico y adulto, encuesta previa de fiebre amarilla, kardex de control de inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos. Formato IEC- Autorización de cuidadores para niños menores de 14 años (en caso que no estén los papa en la jornada), formato censo casa a casa. Seguimiento en el modulo de la cohorte. |
| 6 | Obligación 6:. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexo s y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC 6.1Actividades desarrolladas: cumple con la meta diariamente según la tàctica de vacunaciòn o cohorte asignada, garantizando la vacunaciòn a poblaciòn susceptible, niños, adultos con diagnóstico de riesgo, talento humano en salud, gestantes y adultos mayores, según poblaciòn objeto de PAI. 6.2Productos (evidencias):Cronograma de actividades actualizado en Drive, con reporte de resultados diarios. |

| | |
|---|---|
| 7 | Obligación 7: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1Actividades desarrolladas: Revisa los formatos diligenciados verificando que la información esté completa, clara, congruente y entrega a las profesionales extramurales. Realiza el seguimiento a la cohorte en el módulo de la cohorte, la información registrada debe ser congruente, completa y veraz. Aplica los lineamientos según formatos de la caja de herramientas, mantiene la cadena de frío de los inmunobiológicos y asegura la custodia de los dispositivos médicos durante el desarrollo de las actividades. 7.2Productos (evidencias): seguimiento a la cohorte en el aplicativo con calidad. Usuarios registrados en el módulo de la Cohorte. |
| 8 | Obligación 8: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 8.1Actividades desarrolladas: Realiza minimo 4 canalizaciones al mes activando las rutas intregrales de atencion en salud. 8.2Productos (evidencias):Envio de las 4 canalizaciones mensuales a correo recepcion1rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades candelaria santa fe y candelaria recepcion2rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades san cristobal y martires recepcion3rutaspic@subredcentrooriente.gov.co localidades rafael uribe y antonio nariño con copia a correo de Profesionales Extramurales |
| 9 | Obligación 9. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 9.1Actividades desarrolladas: Realiza las correcciones necesarias conforme a los lineamientos y formatos de la caja de herramientas. Diligencia la información sin tachones ni enmendaduras, y garantiza la veracidad y congruencia de los datos, así como la custodia de los biológicos. Diariamente genera el producto con calidad con el fin de evitar glosas. 9.2Productos (evidencias):Entrega a las profesionales Extramurales la base y registro en el módulo de la cohorte con calidad. |
| 10 | Obligación 10. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 10.1Actividades desarrolladas: Cumple con las demás actividades asignadas por profesionales extramurales, lideres de localidad y coordinación del programa, asegurando el cumplimiento de los lineamientos técnicos, la custodia de los biológicos y la cadena de frío. Diligencia los registros según los instructivos de la caja de herramientas, sin enmendaduras ni tachones, y garantiza la vacunación oportuna de la población susceptible. 10.2Productos (evidencias):formato de seguimiento a la cohorte. |

**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 (2026-03-01) AL (2026-03-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1079617514 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2026/03/12 | $ 218.900 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 2026/03/12 | $ 280.200 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2026/03/12 | $ 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** | *SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ*<br>*PS_7429_2025_F94D9D*<br>**SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ**<br>**CC: 1013577751** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ*<br>*PS_7429_2025_F94D9D*<br>**LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE*<br>*PS_7429_2025_F94D9D*<br>**LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-13, 08:47:47 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079617514

Periodo Cotización: febrero de 2026 | Periodo Servicio: febrero de 2026 | Referencia pago 8823628245

## PAGADA 12/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ | | |
| Documento | CC1013577751 | Dirección | CL 4 #4 C - 09 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3125944998 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | SOACHA | Departamento | CUNDINAMARCA |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET TP | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días | 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 1013577751 | SINDI YOHANA GOMEZ GUTIERREZ | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $1,750,905 | $280,200 | (EPS005) EPS SANITAS | $1,750,905 | $218,900 | 2.436 | $1,750,905 | $42,700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $541,800 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,750,905 | $1,750,905 | $1,750,905 | $0 | $280,200 | $218,900 | $42,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $541,800 | $500 | $542,300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Gmail

Johanna Gomez gutierrez <jgomez.saludsoacha@gmail.com>

## PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 136427093

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: <jgomez.saludsoacha@gmail.com>

jue, 12 de mar., 10:50 p.m.

# ¡Hola, Johanna Gomez Gutiérrez Gomez gutierrez!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

### Los siguientes son los datos de tu transacción:



**Valor:** $ 542.300

**Empresa:** SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Descripción:** Pago PSE. Ref:8823628245-202602-1581904. idTrans:1581904

**Fecha de la transacción:** 12/03/2026

**CUS:** 136427093

Gracias por utilizar nuestro servicio.

### Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

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

< 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 1.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 1.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 2.pdf | COMUNICACION SUPERVISOR PS 7429 2025 2.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf (Archivado) | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (3).pdf (Archivado) | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025 (3).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.PDF.pdf (Archivado) | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.PDF.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | PS 7429 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >