	FORMATO INFORME DE SUPERVISOR	Código: GJC22F	Versión: 1
		FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024	

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y
MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA identificado con C.C. 1019024164**

Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-27
----------------------------	------------

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

N° CONTRATO:	CD20260208	RP:	1374	CDP:	2
--------------	------------	-----	------	------	---

VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	5.200.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	650.000,00
---------------------------	--------------	------------------------------	------------

FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-26	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28
---------------------------	------------	------------------------	------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
------------------------	-----------------------------

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN
--------------------------------------------	--------------------------------------------------

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR CONTRATO CON ADICION:	0,00
----------------	-----	---------------	-----	-----------------------------	------

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Enero

V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES



BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON
 39013365
 UNIDAD FUNCIONAL DE PSIQUIATRÍA Y REHABILITACIÓN

MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA
1019024164
CARRERA 67 # 36-57 11 DE NOVIEMBRE
000
MURCIAMARLY200@GMAIL.COM

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES


Fecha de Diligenciamiento:	2026-02-27		
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA		
DOCUMENTO:	1019024164		
DIRECCIÓN:	CARRERA 67 # 36-57 11 DE NOVIEMBR	TELÉFONO:	000
CORREO ELECTRONICO:	MURCIAMARLY200@GMAIL.COM		

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2025 no tomaré costos y deducciones

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° CONTRATO:	CD20260208						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MÉNDEZ BARRENECHE.						
RP:	1374	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-26	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	5.200.000,00		VALOR A PAGAR:	650.000,00			
BANCO A CONSIGNAR:	Davivienda		TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	055048845094783	
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	Enero						

FIRMA


MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA
C.C. 1019024164 expedida en BOGOTÁ

PÓLIZA N°

1014194

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE EXPEDICION			N° CERTIFICADO			CIA. PÓLIZA LÍDER N°			CERTIFICADO LÍDER N°			A.P.		
DÍA	MES	AÑO															
9	1	2026				0									NO		
TOMADOR			26228921-MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA														
DIRECCIÓN			CR 67 36 57 BRR 11 DE NOVIEMBRE, SANTA MARTA, MAGDALENA														
ASEGURADO			26228921-MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA														
DIRECCIÓN			CR 67 36 57 BRR 11 DE NOVIEMBRE, SANTA MARTA, MAGDALENA														
EMITIDO EN			BARRANQUILLA			EXPEDICIÓN			VIGENCIA						NÚMERO DE DÍAS		
MONEDA			Pesos	CENTRO OPER	SUC.	DÍA	MES	AÑO	DESDE AÑO		A LAS	HASTA AÑO		A LAS			
TIPO CAMBIO			1.00	3502	35	9	1	2026	9	1	2026	00:00	9	1	2027	00:00	365
CARGAR A: MURCIA MEDINA MARLY ESTEHER									FORMA DE PAGO			VALOR ASEGURADO TOTAL					
									4. 30 DÍAS			\$ 375,000,000.00					

Riesgo: 1 -
PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS A NIVEL NACIONAL, BARRANQUILLA, ATLANTICO

Categoría: 1-R.C PROFESIONALES MEDICOS

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
4	COBERTURA R.C. PROFESIONALES MEDICOS	375,000,000.00	SI	210,000.00
7	GASTOS MEDICOS DE EMERGENCIA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	37,500,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	18,750,000.00		
8	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	375,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	375,000,000.00		
9	COSTOS Y GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO POR VIGENCIA	75,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	37,500,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social
TERCEROS AFECTADOS

Documento
NIT 0100010000

Porcentaje Tipo Benef
100.000 % NO APLICA

RCP-004-9 - PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD CIV

POR SOLICITUD DEL TOMADOR, SE EXPIDE LA PRESENTE POLIZA DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES TERMINOS Y CONDICIONES:

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$*****210,000.00
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$*****39,900.00

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*****249,900.00

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiendo.com/!FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

13/01/2026 08:05:47

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN			INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
			2021	1	HILLER FRANCISCO GARCI	



FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO

CODIGO: GJC23F
VERSION: 003
FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/08/2024
PAGINA 1 de 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

MARLY ESTHER MURCIA MEDINA

CON C.C N° 1019024164

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20260208 DE FECHA INICIO 26/1/2026

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)

1	Garantizar la presencia oportuna, cuando se requiera hacer los procedimientos y labores propias del auxiliar de enfermería en cualquier servicio de la E.S.E.
2	Observación y reporte de signos de alarma presentados por sus pacientes
3	Informar las fallas de material y equipo de servicios, al líder más cercano.
4	Participar en los programas de enseñanza en servicio para desarrollo de personal Proporcionar orientación al paciente y familiar
5	Garantizar que la prestación de servicio objeto del contrato cumplan estrictamente con las características y referencias descritas en el presente documento, las cuales se deben ajustar a las normas de calidad de conformidad con lo establecido por la E.S.E Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche. Adicionalmente la garantía de los servicios ofrecidos debe permitir que estos mantengan su calidad e idoneidad.
6	Realizar asepsia general semanal y diaria cuando egrese el paciente, registrar en el formato correspondiente.
7	Clasificar, ordenar y controlar las lencerías de los servicios a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavandería.
8	Realizar una adecuada segregación de los elementos de protección personal, residuos hospitalarios que se generen de la atención de los pacientes, de cualquier otro procedimiento y manejo de ropa sucia.
9	Recibir, registrar oportunamente los elementos de protección personal y cumplir con el correcto uso de estos. Diligenciar correctamente los formatos requeridos en los servicios
10	Desarrollar las actividades definidas de acuerdo a contratación definido por partes con las agendas establecidas mensuales
11	Realizar notas de Enfermería a pacientes asignados en los tiempos reglamentados
12	Preparar el cuerpo del paciente fallecido y entregar al familiar todas las pertenencias personales del mismo, asegurando que se realice de manera respetuosa y conforme a los procedimientos establecidos.
13	Informar a la enfermera y médico del estado de los pacientes relacionados a su competencia
14	Realizar el seguimiento de la correcta administración de los medicamentos bajo la supervisión de la enfermera, garantizando el cumplimiento de los protocolos establecidos y el bienestar del paciente.
15	Realizar todas y cada una de las actividades que asigne el supervisor del contrato y las demás que determine el Gerente, y que se deriven de las necesidades de la E.S.E.

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	-	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	-	-
PENSIÓN:	PORVENIR	-	-
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	-	-

IV. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

V. ANEXOS

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

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

FIRMA DEL CONTRATISTA: *Marly Murcia*

Nº. IDENTIFICACIÓN: 57415700



FORMATO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

CODIGO: GTHA34F
VERSION: 11
FECHA DE ULTIMA REVISION: 22/07/2025
PAGINA 1 de 1

Nombre completo	- Mary Esther Murcia Medina		
Cedula	- 1019029164		
Fecha de ingreso	- 27-01-26	Area de ingreso	27-01-26
Señale con una x si el proceso es Inducción () o Reinducción ()			
Presenta alguna discapacidad o una condición discapacitante SI () NO () Si respondió en la casilla SI. Mencione cual es:			
Nombre del lider del proceso: MILIADES OSORIO SANCHEZ			
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA RESPONSABLE	HORA
1. Inicia Proceso de Contratación o Firma de actos administrativos (Personal de Planta)	Oficina de Contratación (Personal de OPS) ó Talento Humano (personal nombrado)		8:45am
2. Inducción de Talento Humano	Dra. Ana Carolina y/o Persona designada		8:45 a.m.
3. Inducción del área de Seguridad y Salud en el Trabajo	Grupo de Trabajo SST		9:00 a.m.
4. Inducción de SARLAFT	Deisy Zagarra		10:00 a.m.
5. Inducción en la codificación internacional de enfermedades - CIE, dirigida a Médicos y especialistas.	Estrella Zambrano	N/A	10:30 a.m.
6. Inducción del área de Sistemas, creación de usuario y asignación de la contraseña / Intranet.	Ingeniera Cindy Mattos y/o Persona designada		2:30 p.m.
7. Entrega inventario del área (planta)	Sr. Luis Castro Almacén	N/A	
8. Inducción al Puesto de Trabajo	Líder de Proceso ó Supervisor		
9. Entrega del formato en Talento Humano o en archivo de contratación	Talento Humano ó Archivo de Contratación		



ACTA DE INICIO

CÓDIGO: GJC25F
VERSIÓN: 002
FECHA DE ÚLTIMA
REVISIÓN: 09/1/2025
PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20260208 DEL 2026


NO. DEL CONTRATO	CD20260208 DEL 2026
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MURCIA MEDINA MARLY ESTHER
NO. DE IDENTIDAD	1019024164
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 5.200.000 CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS.
FORMA DE PAGO	2 pagos mensuales por valor de \$ 2.600.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO ES APARTIR DE SU LEGALIZACIÓN (REGISTRO PRESUPUESTAL (RP) Y SUSCRIPCIÓN ACTA DE INICIO) HASTA EL 28 FEBRERO 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	1374
SUPERVISOR DEL CONTRATO	BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

Entre los suscritos, **BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **39.013.365** expedida en el Banco Magdalena, obrando en calidad de profesional especializado quien actúa como supervisor del contrato **CD20260208** por otra parte **MURCIA MEDINA MARLY ESTHER**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 26 días, del mes de ENERO del año 2026.

SUPERVISOR,

CONTRATISTA,


BEATRIZ HELENA CAAMAÑO LEON

39.013.365

Profesional Universitario del área
de la salud


MURCIA MEDINA MARLY ESTHER

1019024164

Proyecto: Yesid Camacho M
Apoyo Administrativo



891780185-2

Carrera 14 # 23-42, Los Alcázares

gerencia@hujmb.gov.co



@hujuliomendezb

www.hujmb.gov.co



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.024.164**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

STAMARTA, Febrero 11 de 2026

Señora:

MURCIA MEDINA MARLY ESTEHER

CC. 1019024164CR 67 36 57 11 DE NOVIEMBRE - 2999999

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 20 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
MURCIA MEDINA MARLY ESTEHER	1019024164	C	Oct-20-2016	56	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BOLAÑO RIATIGA HAROLD RAFAEL	84452113	C	Oct-20-2016	55	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
QUINTERO MURCIA ANA SOFIA	1082915519	T	Oct-20-2016	55	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BOLAÑO MURCIA MARIA VICTORIA	1083011631	T	Oct-20-2016	55	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CENTROS HOSPITALARIOS DEL CARIBE S A S	1019024164	Dependiente	CERRADO
MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA	1019024164	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA	1019024164	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE
MEDICARE CENTER IPS S A S	1019024164	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARLY ESTEHER MURCIA MEDINA identificado con CC. 1019024164 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	Empresa Contratante 723 - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999995

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2022/05/10	Fecha inicio contrato	2022/05/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2022/08/31
Riesgo	3	Código actividad económica	3731002
Estado afiliación	Inactivo		
Fecha retiro	2022/08/31	Estado del contrato	Retirado

Esta certificación se expide a los 12 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC12022026M1019024164M8524683**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

SISTEMA DE AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS

SISTEMA DE AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS

SISTEMA DE AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS
 AUTENTICACIÓN DE DOCUMENTOS