E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	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 KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO identificado con C.C. 57466100

Fecha de Diligenciamiento:	2026-01-29

I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

N° CONTRATO:	CD20260383	RP:	576	CDP:	2
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	12.000.000,00	VALOR DE HONORARIOS PERIODO:	6.000.000,00		
FECHA DEL ACTA DE INICIO:	2026-01-15	FECHA DE FINALIZACION:	2026-02-28		

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MILCIADES OSORIO SANCHEZ
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

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

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
8742789
UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO
57466100
CLL 34 # 43 - 15 EDIF VENECIA IN
3017983198
0

CUENTA DE COBRO

DATOS PERSONALES

Fecha de Diligenciamiento:	**2026-01-29**		
NOMBRES Y APELLIDOS:	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO		
DOCUMENTO:	57466100		
DIRECCIÓN:	CLL 34 # 43 - 15 EDIF VENECIA IN	TELÉFONO:	3017983198
CORREO ELECTRONICO:	0		

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:	CD20260383						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.						
RP:	576	CDP:	2	FECHA INICIO:	2026-01-15	FECHA FINAL:	2026-02-28
VALOR CONTRATO:	12.000.000,00			VALOR A PAGAR:	6.000.000,00		
BANCO A CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	Ahorros	No. CUENTA:	91600043540
CDP - ADICION:	N/A	RP - ADICION:	N/A	VALOR ADICION:	0,00		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**Enero**						

FIRMA

Karina Miranda.

KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO
C.C. 57466100 expedida en SANTA MARTA

Scanned with CamScanner

E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE	**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

KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO

CON C.C Nº 57,466,100

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**CD 20260383**	**DE FECHA INICIO**	**15/1/2026**

ITEM	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	Entregué de actividades dejando registro de la entrega de las novedades de los pacientes del servicio a cargo en el Formato correspondiente.
2	Realicé registro en la historia clínica de evoluciones médicas, historia clínica de ingreso, epicrisis, formulación, registro de exámenes paraclínicos, de imágenes diagnósticas y otros, con firma y sello, según indicaciones de los médicos tratantes.
3	Realicé de solicitud de exámenes diagnósticos, remisiones e interconsultas, con firma y sello, según indicaciones ;Apoyo en procedimientos medico quirúrgicos según solicitud del médico tratante.
4	Realización de Certificados de defunción según solicitud del Líder o de la Subdirección Científica.
5	Socialicé y supervisar el reporte de los eventos adversos en el Formato correspondiente, realizar seguimiento y participar en la elaboración de los planes de mejoramiento respectivos.
6	En caso de ser necesaria durante la atención de pacientes algún medicamento o servicio NO POS, deberá garantizar el correcto diligenciamiento y firma del respectivo formato de solicitud del servicio y/o medicamento
7	Atendí a los pacientes en los turnos y en área asignada por la E.S.E.
8	Asistí a la ronda Medico técnico- científica y Técnico- Administrativa .
9	Asistí a la jornada de socialización de diligencimiento de nacidos vivos y sensibilizacion de no uso de siglas en diligenciamiento de historias clínicas
10	Realicé la revista médica diaria la cual consiste en valoración, seguimiento, evoluciones, órdenes médicas y ayudas diagnosticas, RIPS, Epicrisis, de los pacientes hospitalizados

III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9496732124**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**30/12/2025**	**280.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**30/12/2025**	**358.400**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**30/12/2025**	**54.600**

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 período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:	Karina Miranda G.
Nº. IDENTIFICACIÓN:	**57,466,100**

Scanned with CamScanner

aportes
en línea

Planilla Resumen

NERALES DEL APORTANTE

cación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO	INDEPENDIENTE	Principal	calle 34 # 43 - 15	SANTA MARTA-MAGDALENA	4340912	No

NERALES DE LA LIQUIDACION

eriodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2047827388	9496732124	I	2026/01/05	2025/12/30	BANCOLOMBIA	0	$693,000

ON DETALLADA DE APORTES

MPLEADO		NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
cación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
: Principal (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
bajo: Principal (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000
100	MIRANDA KARINA																		23030 1	30	$2,240,000	$358,400	EPS005	30	$2,240,000	$280,000		0	$0	$0	14-11	30	$2,240,000	2.436%	$54,600	0	$0	$0	No	$693,000
liados(1)																					$2,240,000	$358,400			$2,240,000	$280,000			$0	$0			$2,240,000		$54,600		$0	$0		$693,000

HUJMB	**ACTA DE INICIO**	CÓDIGO: GJC25F VERSIÓN: 002 FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 09/1/2026 PÁGINA 1 de 1

ACTA DE INICIO DEL CONTRATO No. CD20260383 DEL 2026

NO. DEL CONTRATO	CD20260383
NOMBRE DEL CONTRATANTE	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MIRANDA GUERRERO KARINA PAOLA
NO. DE IDENTIDAD	57466100
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	12.000.000 (DOCE MILLONES DE PESOS M/C)
FORMA DE PAGO	El HUJMB CANCELARÁ AL CONTRATISTA 2 CUOTA(S), POR VALOR DE SEIS MILLONES DE PESOS M/L. ($6.000.000). DE CONFORMIDAD CON EL INFORME DE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES REALIZADAS, PREVIA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO EXPEDIDA POR PARTE DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
PLAZO DE EJECUCIÓN	PREVIA LEGALIZACION HASTA EL 28 DE FEBRERO DE 2026
CDP	2
REGISTRO PRESUPUESTAL	576
SUPERVISOR DEL CONTRATO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO

Entre los suscritos a saber **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, en su calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRÍTICO**, quien actúa como supervisor del contrato CD20260383 por otra parte **MIRANDA GUERRERO KARINA PAOLA**, 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 15 DE ENERO DE 2026.

SUPERVISOR,

MILCIADES OSORIO SANCHEZ
C.C. No. 8.742.789

CONTRATISTA,

MIRANDA GUERRERO KARINA PAOLA
57466100

Scanned with CamScanner

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002494	1

TOMADOR	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
ASEGURADO	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 01 / 2026	16 / 07 / 2025	16 / 07 / 2026	06 / 01 / 2026	16 / 07 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ZUDISA CORREDORES DESEGUROS LTDA	225475	100.00

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: MEDICINA GENERAL

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 550,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 550,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 100,000,000.00**

DEDUCIBLES: * 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD * 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 15,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******120,000,000.00	PRIMA:	$ ***********50,421.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************9,579.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ***********60,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11015101034551(3900)000000060000(96)20260220

REFERENCIA PAGO:

1101510103455-1

46-03-101002494

FIRMA AUTORIZADA

CARLOSLOPEZ

CLIENTE

TOMADOR

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
SANTA MARTA	AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002494	1

TOMADOR	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
ASEGURADO	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
06 / 01 / 2026	16 / 07 / 2025	16 / 07 / 2026	06 / 01 / 2026	16 / 07 / 2026

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
ZUDISA CORREDORES DESEGUROS LTDA	225475	100.00
CLIENTE		

COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

www.segurosdelestado.com
o www.segurosdevidadelestado.com

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud.

Acceso a la información

CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO

PÁGINA WEB | pse | VISA

CORRESPONSALES BANCARIOS

Carulla | Super INTER | éxito | MOVIIRED

AUTOPISTA NORTE # 103 - 60, PISO 5 Telefono: 601-2186977, 601-6019330

SURTIMAX | Coopidrogas

PAGOS CON CONVENIO *No aplica para transferencias

Bancolombia Seguros del Estado Cuenta Convenio 47189

Banco de Bogotá Seguros del Estado Cuenta Convenio 008465445

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******120,000,000.00	PRIMA:	$ ************50,421.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ ************9,579.00
		TOTAL A PAGAR:	$ ************60,000.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

CALLE 20 NO. 11-75 L103, TELÉFONO 4208074 - SANTA MARTA

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11015101034551(3900)000000060000(96)20260220

REFERENCIA PAGO:

1101510103455-1

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA SANTA MARTA	ANEXO CAUSA PRIMA	46-03-101002494	1

TOMADOR	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
ASEGURADO	KARINA PAOLA MIRANDA GUERRERO			CC	57.466.100
DIRECCION	CL 34 NRO 43-15 TORRE 1 APTO 604 VENECIA INN	CIUDAD	SANTA MARTA, MAGDALENA	TELEFONO	3017983198
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO SE AUMENTA EL VALOR ASEGURADO HASTA $550.000.000 POR SOLICITUD DEL CLIENTE
//
DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES CONTINUAN SIN MODIFICAR

Scanned with CamScanner