ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	GESTIÓN CONTRACTUAL SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN SDS – FFDS			
	Código:	SDS-CON-FT-014	Versión:	7
Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano				

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: DIRECCION DE URGENCIAS	**CONTRATO No.** 8603850	**PERIODO DEL CONTRATO:** Fecha de Inicio: 02/12/2025 Fecha de Terminación: 29/07/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: **Fondo Financiero Distrital de Salud**		**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Doscientos treinta y ocho (238) días **PRÓRROGA:**
CONTRATISTA: **SAIRA ANDREA MELO GUZMAN** **CC 23846067**		Fecha de Inicio (Prórroga): Fecha de Terminación (Prórroga): **SUSPENSIÓN:**
SUPERVISOR (Nombre y cargo) **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS – DIRECTOR TECNICO – CODIGO 9 GRADO 07**		Fecha de Inicio (Suspensión): Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): **PERIODO DEL INFORME:** *01/04/2026 – 30/04/2026*
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados en la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud para realizar apoyo técnico al seguimiento de la red prestadora de servicios de salud en articulación con las EAPB en el marco de la gestión integral del riesgo en salud del Modelo Más Bien-Estar.		

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$62.200.896
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	$ 0
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	$ 0
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	$ 1.279.854
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	$ 30.460.521
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	$7.679.123
SALDO POR EJECUTAR:	$ 22.781.398

APROBADO

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL		
OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	**AVANCE ACTIVIDADES** (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	**EVIDENCIAS O SOPORTE** (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)

1. Realizar las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento al componente del programa de auditoría que le sea asignado por el supervisor en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) en relación con el cronograma establecido por el supervisor y según requerimientos coyunturales.	Se realiza cargue de ocupación y casos especiales en la plataforma Microsoft Formr para seguimiento a las EAPB.	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.1_ABRIL
-2. Realizar las actividades de seguimiento y auditoria que le sea asignado por el supervisor en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS con el fin de verificar la garantía de la prestación de servicios de salud en relación con el cronograma establecido o según requerimientos coyunturales.	Se dio cumplimiento a las visitas asignadas por el grupo GAMA a las IPS. Según cronograma	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.2_ ABRIL
3. Participar en la proyección y elaboración de parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento y mejoramiento continuo con los actores del Sistema de Emergencias Médicas (SEM).	Se realiza diligenciamiento a la matriz de casos especiales, proceso de referencia y contrareferencia y reporte de casos especiales.	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.3_ ABRIL
4. Apoyar actividades administrativas asignadas por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, que contribuyan para el óptimo funcionamiento de la dependencia.	Se realiza registro de la caracterización PHD de la IPS visitadas y el registro de búsqueda activa candidatos de PHD	Evidencia: Sharepoint Carpeta. Obligaciones No.4_ABRIL

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO APLICA

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÒN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		**APORTES EN PENSIÓN**		**APORTES RIESGOS LABORALES**	
Empresa:	FAMISANAR	Empresa:	COLPENSIONES	Empresa:	SURA
				Nivel Riesgo:	**1**
Suma cancelada:	403.600	Suma cancelada:	516.600	Suma cancelada:	16.900
No Planilla:	6011517943	No Planilla:	6011517943	No Planilla:	6011517943
Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO	Mes(es) cancelado(s):	MARZO

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

Relación de usuario y clave de	**NO APLICA**	Relación de usuarios y clave de acceso a los	**NO APLICA**	Relación y entrega de archivos físicos y	**NO APLICA**

acceso al equipo de cómputo:		sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:		back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	

FIRMA DEL CONTRATISTA	
CONTRATISTA	**NOMBRES Y APELLIDOS: SAIRA ANDREA MELO GUZMAN CC 23846067**
	FIRMA: 
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: *CC 23846067*

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO	
Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del **63%** de ejecución del contrato.	

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	***Descripción del Riesgo***	***¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)***		***Observaciones (Describa la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)***
		SI	***NO***	
8	*Cambio de régimen No responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista*		*X*	
9	*Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista*		*X*	
11	*Suspensión o cancelación de la tarjeta o matricula profesional, para aquellas profesiones que así lo establecen*		*X*	

SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO:**  **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS – DIRECTOR TECNICO – CODIGO 9 GRADO 07**
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las

	condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

REVISÓ	**NOMBRE Y APELLIDO:** **ANA MARIA BLANDON RODRIGUEZ** **Profesional Especializado**
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:

** El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.*
** Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.*
** Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.*

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	23846067
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAIRA ANDREA MELO GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 87B # 19A-66	TELÉFONO:	4284386
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6011517943**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		232184978

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 516.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 516.600	$ 0	$ 516.600
SUBTOTALES:										**$ 516.600**	**$ 0**	**$ 516.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 403.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.600	$ 0	$ 0	$ 403.600
SUBTOTALES:													**$ 403.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 403.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 16.900	$ 16.900	$ 0	$ 0	$ 16.900
SUBTOTALES:									**$ 16.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 23846067	MELO GUZMAN SAIRA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.075.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.228.310	$ 516.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 516.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 3.228.310	$ 403.600	$ 0	$ 403.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 3.228.310	23846067	$ 16.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 937.100

Planilla Pagada

ARL

Medellin, 20 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **SAIRA ANDREA MELO GUZMAN** con documento de identidad **C23846067**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD** con NIT **N800246953**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-11-26	2026-07-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	CALL CENTER LÌNEAS R1	0000000015	1	0.522	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Vig Ppto: 2026

ORDEN DE PAGO

No: 605486

Usuario Dilig: ACBOTELLO
Fecha de Impresión: 15/04/2026
Estado: GIRADA

Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	SAIRA ANDREA MELO GUZMAN	Regimen:	No Responsable		
Dirección:	CRA 87B # 19A - 66 TORRE 13 APTO 403	Teléfono y Fax:			
C.C o NIT:	23846067	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA	Cuenta No/Clase:	004870307826/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8603850	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO8603850-PERIODO DE:01-mar 30-mar-2026

Tipo de Orden de Pago: VIGENCIA

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:

IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)
638	O2-3-01-17-019-05-20240200-236083000	1148	CRUE-Prestación de servicios al FFDS - SDS, Servicio de regulación de centros reguladores de urgencias, emergencias y	$7.679.123,00

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
O2-3-01-17-019-05-20240200-236083000	01	12013	$7.679.123,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	O1-5-01-01-004-11	

VR BRUTO	SIETE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS	$7.679.123,00

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	$7.679.123,00
ESTAMPILLA - EST_PROCULTURA 0,5%	.5	$7.679.123,00	2-4-36-90-0003	$38.396,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	$7.679.123,00	2-4-36-90-0007	$153.582,00
RETEFUENTE-L.1607/12-ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	$5.090.642,00	2-4-36-15-0001	$21.871,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	$6.787.523,00	2-4-36-27-0001	$51.992,00

Valor amortización:

Id fuente	Detalle
01	Recursos Del Distrito
12013	APORTE ORDINARIO

TOTAL DESCUENTOS		$265.841,00
VALOR NETO A GIRAR	SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS	$7.413.282,00
		Código contable
		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:

Observaciones

Acreedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)

Nombre _____

Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA
GESTION DE PAGOS

YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES
Responsable del Presupuesto

Consulta Pagos

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

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	
Pago 001	001	1/12/2025 12:40:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	20/12/2025 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.423.152 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	2/02/2026 9:14:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2/02/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.679.123 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	003	2/03/2026 5:01:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	2/03/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.679.123 COP	Pagado	Detalle
Pago 004	004	19 días de tiempo transcurrido *(1/04/2026 5:58:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	14 días de tiempo transcurrido *(6/04/2026 12:00:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	7.679.123 COP	Pagado	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ACTA DE INICIO SAIRA ANDREA MELO GUZMAN.pdf	ACTA DE INICIO SAIRA ANDREA MELO GUZMAN.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL_23846067_SAIRA MELO.pdf	ARL_23846067_SAIRA MELO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CRP CTO 8603850.pdf	CRP CTO 8603850.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CRP VIGENICA FUTURA CTO 8603850.pdf	CRP VIGENICA FUTURA CTO 8603850.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CRP INDEXACION CTO 8603850.pdf	CRP INDEXACION CTO 8603850.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	SISCO - Legalización Contrato No.8603850.pdf	SISCO - Legalización Contrato No.8603850.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MES DICIEMBRE.zip	EVIDENCIAS MES DICIEMBRE.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MES ENERO.zip	EVIDENCIAS MES ENERO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS FEBRERO (3).zip	EVIDENCIAS FEBRERO (3).zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MES MARZO.zip	EVIDENCIAS MES MARZO.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

2026-IE-16834

021000

Bogotá D.C., 20 de abril de 2026

MEMORANDO

Para: **KATTY JHOANA RODRIGUEZ LOZANO**
Subdirectora De Contratación

De: **GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS**
Directora de Urgencias y Emergencias en Salud

Asunto: **CTO No 8603850 SAIRA ANDREA MELO GUZMAN INFOME DE ACTIVIDADES MES MARZO**

Cordial saludo, Adjunto informe de actividades y evidencias del contrato No 8603850 delperiodo correspondiente al mes de Marzo de 2026.Cordialmente

Cordialmente,



GLORIA EUGENIA GARCIA PINILLOS
Directora de Urgencias y Emergencias en Salud

Anexo: [# de hojas/folio, NO se debe escribir lo enunciado]
Copia: (Si quien firma es el secretario de Salud, debe enviar copia a 000000)

Fuente y tamaño cabezote y cuerpo del texto: Arial, 12 puntos
Anexo y copia: 10 puntos

Elaboró:
Revisó: