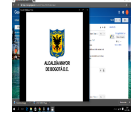




INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN -OPS

Versión:	1
Fecha de aprobación:	13/5/2025
Código:	18-03-FO-0009



1. INFORMACIÓN CONTRACTUAL

CONTRATO N°		1672-2026	
FECHA DEL INFORME	1/6/2026		
CONTRATISTA	DANIEL FELIPE ESCOBAR LOPEZ		
DOCUMENTO IDENTIDAD N°	1.001.269.684		
OBJETO CONTRACTUAL	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de CREAT, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO (LETRAS Y NÚMERO)	\$	10.289.520	DIEZ MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE
VALOR FINAL DEL CONTRATO CON ADICIONES (LETRAS Y NÚMERO)	\$	10.289.520	DIEZ MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE
FECHA DE INCIO	01-02-26		
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL		31/05/2026	
FECHA DE TERMINACIÓN CON PRORROGAS		31/07/2026	
FECHA TERMINACION ANTICIPADA (SI APLICA)		31/05/2026	
DIRECCION TECNICA	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS		
SUPERVISOR	DUARTE CELY RODOLFO		

2. INFORME DE EJECUCIÓN

A continuación, se describen detalladamente las obligaciones contractuales y su cumplimiento a saber:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO
<p>El CONTRATISTA se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades:</p> <p>a) Específicas. 1) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno a la unidad de servicios la información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. 2) Apoyar el proceso de referencia y contra referencia de los usuarios, 3) Informar al profesional los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. 4) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención 5) Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 6) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 7) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 8) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. 9) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible 10) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. 11) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. 12) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 14) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 15) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 16) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 17) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 18) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 19. mantener comunicacion constante con el area de despachos por los canales institucionales 20.) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía, el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.</p>
PORCENTAJE (%) DE LA EJECUCIÓN DE CONTRATO

Nota: Como supervisor del contrato certifico que el contratista cumplió con los pagos a los aportes a Seguridad Social, de conformidad con las normas que regulan la materia, los cuales se adjuntan a cada certificación de pago y han sido verificados por el área financiera.

3. EJECUCIÓN DEL CONTRATO

En resumen, la ejecución presupuestal del contrato es la siguiente:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	10.191.001
VALOR DE ADICIONES	\$	10.953.360
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$	21.144.361
VALOR EJECUTADO	\$	10.191.001
VALOR PENDIENTE DE PAGO	\$	-
VALOR POR LIBERAR	\$	10.953.360

4. NOVEDADES Y OBSERVACIONES DURANTE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

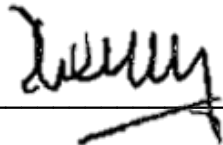
Certifico como Supervisor del contrato que durante la etapa de ejecución SI ___x___ NO ___se___ se presentaron inconvenientes con los servicios prestados por el contratista.

(Si su respuesta fue afirmativa a continuación describa las novedades que se hayan presentado durante la ejecución y su gestión frente a las mismas)

NOVEDAD	GESTIÓN REALIZADA
1. Inadecuado diligenciamiento de historia clinica	Acta y seguimiento activo a el caso
2. Traslado inseguro	Acta y seguimiento activo a el caso
3. Injustificación de turno no asistido	Acta y seguimiento activo a el caso

5. DOCUMENTOS SOPORTE

Se anexa al presente informe en ___ (0) folios los siguientes documentos



Firma supervisor liquidador

DUARTE CELY RODOLFO

C.C. 80158784

Cargo LIDER ASISTENCIAL

Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E

Actividad	Nombre de funcionario	Firma
Verificación Dirección Financiera		

	INFORME LIBERACIÓN DE SALDOS - OPS	VERSION	1	
FECHA DE APROBACIÓN		13/5/2025		
CODIGO		18-03-FO-0010		
(1) Nombre y apellidos:	DANIEL FELIPE ESCOBAR LOPEZ		(2) Documento Identificación/ Nit:	
(3) Dirección de notificación:	CR 32 # 52G 29		(4) Municipio:	
(5) Teléfono:	(6) Celular: 3134752004	(7) Correo electrónico: jorgesalazar.jam@gmail.com		
(8) No. Contrato:	(9) Objeto contractual: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial			
INFORMACIÓN DEL CONTRATO	1672-2026			
	(10) Fecha de inicio:		(11) Fecha de terminación con prórrogas:	
	1/2/2026		31/5/2026	
	(12) Valor inicial del Contrato:		(13) Valor final del Contrato con adiciones:	
	\$ 10.191.001		\$ 10.191.001	
	(14) Fecha Terminación anticipada:		(15) Dirección Técnica:	
2/6/2026		DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS		
(16) Nombre del supervisor :		(17) Área o dependencia:		
DUARTE CELY RODOLFO		CREAT		
BALANCE PRESUPUESTAL	VALOR			
	(18) Valor total del Contrato con Adiciones	\$ 21.144.361		
	(19) Valor total ejecutado:	\$ 10.191.001		
	(20) Valor a favor del contratista:	\$ -		
	(21) Saldo a liberar	\$ 10.953.360		
(22) JUSTIFICACIÓN	<p>Describe el motivo de la solicitud de liberación de saldo en forma clara y precisa: Se realizan multiples firmas de actas a el funcionario debido a el mal cumplimiento de el respectivo diligenciamiento de historias clinicas 2. se encuentra envuelto en un caso expuesto por paciente por traslado inseguro 3. injustificacion a falte de turno</p>			
(23) FIRMA	Bajo mi responsabilidad certifico la veracidad de los datos consignados			
	Nombre del supervisor	DUARTE CELY RODOLFO		
	C.C No.	80.158.784		
Firma				

Redactar

Recibidos

Destacados

Postpuestos

Enviados

Borradores

Compras

Más

Etiquetas



Karen Viviana Vasquez Saavedra
Líder CREAT
Central de referencia y atención del Traslado(CREAT)
Subred Sur Occidente E.S.E

De: Karen Viviana Vasquez Saavedra <lidercreat@subredsuoccidente.gov.co>

Enviado: viernes, 22 de mayo de 2026 11:40

Para: novedadesops <novedadesops@subredsuoccidente.gov.co>; Yubiza Fernanda Lancheros lozano <asistentesubgerenciasalud@subredsuoccidente.gov.co>; Gustavo Andres Lobo Garrido <directorcontratacion@subredsuoccidente.gov.co>

Asunto: No continuidad contractual 1672-2026

Buenos días

Por medio de la presente me permito informar que; no se dará continuidad al contrato 1672-2026 perteneciente al colaborador DANIEL FELIPE ESCOBAR LÓPEZ identificado CC 1001269684 para el mes de junio de 2026.

Agradezco la atención prestada



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ACTA

Versión:

5

Fecha de aprobación:

12/07/2024

Código:

02-01-F0-0001



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO
Adecuado diligenciamiento de historia clínica de revisión mensual	Daniel Felipe escobar	Mensual

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Daniel Felipe escobar	1001269684	USS Occidente de	Auxiliar de enferm	CREAT	
2	Alberto navarro	11301348	USS Occidente de	Auxiliar de enferm	CREAT	
3	Karen Viviana Vasquez	1024517336	USS Occidente de	Líder	CREAT	

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred _____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios _____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica)

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica)

Tipo de acta

COMITÉ _____ REUNIÓN OTRO _____

NÚMERO DE ACTA:

FECHA: 10 octubre 2025

LUGAR: USS occidente de Kennedy

HORA INICIO: 07:30

RESPONSABLE: CREAT

HORA FINAL: 08:00

OBJETIVO DE LA REUNION

Revisión suceso de seguridad

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Se toman datos y se revisan versiones de las tripulaciones
2. _____
3. _____
4. _____

DESARROLLO


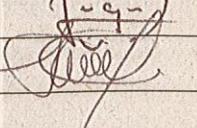
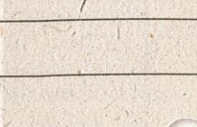
se realizó el seguimiento a los traslados realizados en el mes de septiembre a la paciente en mención la cual expuso la situación relatada; se identificaron que fue trasladada en dos ocasiones y, se citó a las tripulaciones y personal involucrado en los mismos, quienes relataron y registraron en sus respectivos escritos que: " en la el momento del traslado en la ambulancia 7043 fue llevada en compañía de familiar, siendo claro y repetitivo el trato cordial, amable y respetuoso por parte de la tripulación a a la paciente y a la familiar", sin embargo se contaba con información y alerta previa por parte del servicio intrahospitalario del manejo que se debía dar a la paciente, exponiendo la condición y la razón del traslado en compañía de familiar.

Por otra parte, se constató que fue trasladada, posteriormente, por la móvil 6991 que, sin tener conocimiento del caso, a la condición médica de la paciente y la necesidad de traslado con familiar y/o acompañante, realizo el mismo hacia la unidad de tinal; sin embargo, tripulantes de la ambulancia relatan el trato con respeto y cordialidad hacia la paciente en todo momento, trato siendo identificado en todo el personal de salud de la Subred Sur Occidente E.S.E.

Teniendo en cuenta que en el suceso de seguridad se especifica con el conductor, se llama a la oficina para explicar los sucesos en la noche, manifestando que solo tiene contacto con la paciente al momento de subir y bajar la camilla del habitáculo, con una escasa comunicación con la paciente, sin tampoco contacto físico. Se realiza preguntas específicas sobre si tuvo algún tipo de interacción con la paciente o visualización de videos en el celular, a lo que contesta que él se encontraba en el área del conductor, la cual es separada del habitáculo, además que no realizo acompañamiento a la realización del examen, ya que no se encuentra dentro de sus funciones, por lo que no tiene contacto de la paciente.

Nota: Al firmar el presente documento me comprometo a cumplir con las actividades de mejoramiento propuesto, y que son de mi competencia

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Daniel Escobar L.	1001269684	Kennedy	aux. Ent	Ambulancia	
2	José I. Acosta G.	79350985	Fon. Uon.	Conductor	Creaf.	
3	Karen Viviani Vosgan	1024517330	Kennedy	Lider	CREAT	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred Acta de Unidad Prestadora de Servicios Acta de Sede de una Unidad

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) _____

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

Tipo de acta

COMITÉ REUNIÓN OTRO

NÚMERO DE ACTA:

FECHA: 25/03/2026

LUGAR: Oficina CREAT

HORA INICIO: 08+10

RESPONSABLE:
(Proceso, servicio, dependencia que lidera)

HORA FINAL 08+49

OBJETIVO DE LA REUNION

Revisión caso traslado 24/02/2026

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Revisión caso paciente Johana Milena Arévalo
2. _____
3. _____
4. _____

DESARROLLO

Se cita al auxiliar d enfermería Daniel Felipe Escobar, en calidad de colaborador del área CREAT (traslados secundarios) de la sub red integrada de servicios de Salud Sur occidente, realizando la investigación relacionada al caso comentado por el Director de urgencias correspondiente a la paciente Johana Milena Arévalo Gutiérrez identificada con cédula de ciudadanía 52.506.043.

Auxiliar informa que fue despachado el día 24/02/2026 a las 22:10 a la Unidad occidente de Kennedy para realizar el traslado hacia al Hospital de Bosa área la toma de Resonancia magnética nuclear de cerebro simple y contrastada, paciente con antecedente de inmunosupresión por antecedentes médicos con requerimiento de aislamiento protector. Auxiliar informa que la cita era a las 03:00 del 25/02/2026 por lo cual hasta dicha hora no fue posible el paso de la paciente a resonador. Se solicita información del por qué la paciente no es bajada del carro, se informa que al tener aislamiento protector no era conveniente exponer a la paciente a otras agentes infecciosas de la parte de urgencias.

Se revisa historia clínica donde consta las horas de despacho y de retorno a la unidad de Kennedy encontrando en ellas las 5 horas de diferencia, pero también se documenta el aislamiento protector de la paciente, por lo cual no era conveniente bajarla del vehículo.

Se insiste al colaborador la importancia del adecuado diligenciamiento del Historias clínicas ya que al ser un documento medico legal debe quedar la información completa y el adecuado soporte, además de la firma correspondiente a los familiares de acompañamiento y las novedades presentadas durante el traslado del paciente, actividades ya implícitas dentro de las actividades contractuales. Actividad que se revisara nuevamente de manera mensual.

Marque con una X según corresponda

Acta de Subred _____ Acta de Unidad Prestadora de Servicios _____ Acta de Sede de una Unidad _____

Nombre de la Unidad Prestadora de Servicios (si aplica) : CREAT

Nombre de Sede de la Unidad (si aplica) _____

Tipo de acta COMITÉ ___ REUNIÓN <u>x</u> OTRO ___		NÚMERO DE ACTA:01
FECHA:: 14/05/2026	LUGAR: KENNEDY	HORA INICIO: 8:40
RESPONSABLE: Karen Vasquez (Proceso, servicio, dependencia que lidera)		HORA FINAL 9:30

OBJETIVO DE LA REUNION

Inasistencia injustificada a turno de el día 11/05/2026

ORDEN DEL DÍA (TEMAS A TRATAR)

1. Corroborar el caso de la inasistencia a el turno de el día 11/05/2026
2. Exponer el caso inconsistente de la llamada al auxiliar de enfermería Felipe escobar
3. _____
4. _____

REVISION DE COMPROMISOS

No	Compromiso	Responsable	Fecha de cumplimiento	Cumplimiento		
				Si	No	Observaciones
1	Responsabilizarse con sus actividades dichas en su contrato	Felipe escobar	Inmediato			No coincide la versión dada del auxiliar Felipe escobar
2						
3						
4						
5						



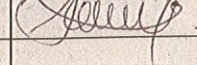
Total compromisos	Compromisos Resueltos	% Cumplimiento
1		

DESARROLLO

Se cita a él auxiliar de enfermería Felipe Escobar identificado con numero de cedula 1001269684 por Inasistencia a turno del día 11/05/2026 en el cual refiere que presento hurto de pertenencias, además de lesiones personales, a lo cual no aporta justificante de denuncia de fiscalía de dicho día ni asistencia a servicio de urgencias de dicho día para realizar la justificación de la no realización de actividades en un horario previamente concertado.

Se explica la importancia del cumplimiento de las actividades a desarrollar dentro de su contrato, por lo cual también se aclara que dicho tiempo en el que no se desarrollaron dichas actividades contractuales, no será remunerado.

FIRMA DE ASISTENTES

N°	NOMBRE	N° IDENTIFICACIÓN	UNIDAD	CARGO O ACTIVIDAD	PROCESO AL QUE PERTENECE	FIRMA
1	Yamir Felipe Escobar	1001269684	CREAT	Aux. Enfermería	CREAT	
2	FRAN CORICO	103992540	CREAT	Asesor CMT	CREAT	
3	Karen Viviana Vasquez	1024517336	CREAT	lider	CREAT	
4						
5						
6						



SU DENUNCIA HA SIDO REGISTRADA EXITOSAMENTE CON EL NÚMERO

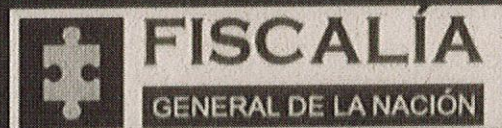
2026051302680

INFORMACIÓN PARA LA CIUDADANÍA

Recuerde revisar la dirección de correo electrónico (registrado en el formulario de contacto) para consultar el estado de su denuncia.

La Fiscalía General de la Nación enviará comunicaciones de su caso a través del siguiente correo electrónico:
nuntius.dieciocho@fiscalia.gov.co

CENTRO DE CONTACTO - FISCALIA GENERAL DE LA NACIÓN



ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN SERVICIO DENUNCIA VIRTUAL

Queremos conocer su percepción de satisfacción con respecto a la gestión realizada en Denuncia Virtual. Su opinión es muy importante para nosotros. Responder esta breve encuesta solo le tomará unos pocos minutos.

Cuando envíe este formulario, no recopilaremos automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

* Obligatorio

1. Escriba el número de radicado generado por el sistema al finalizar la denuncia

Esta pregunta no es obligatoria

Escriba su respuesta

2. ¿En dónde se encuentra ubicado? *

Seleccione la respuesta

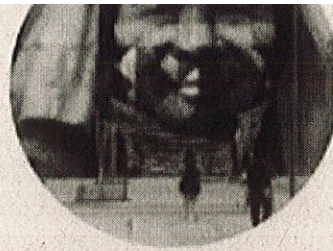
Finalizar



Inicio · Participación ciudadana · Consultas

Consultas


- Consulta tu caso	Servicio al ciudadano
Número de denuncia *	Menú Atención y Servicios a la Ciudadanía
2026051302680	Puntos de Recepción de Denuncias
19091232	Justicia Transicional
Solución del Captcha *	Informes trimestrales sobre acceso a información, quejas y reclamos
19091232	Portafolio de servicios
Número de la denuncia debe ser de 21 o de 23 caracteres	Nuestro directorio
+ Consulta bienes Web Fiscalía General	Datos abiertos de la Fiscalía General de la Nación
+ Pago de Sentencias y Conciliaciones	Nombremientos
+ Notificaciones por aviso cobro coactivo	Aspirantes
+ Notificaciones Administrativas (artículos 68, 69 y 73)	Ofertas de empleo
	Formule y haga seguimiento a su PQRS
	Fiscalía para niños, niñas y adolescentes
	Preguntas frecuentes
	Glosario




+57 310 3093603

~ hipolitorincon8

No es un contacto • Ningún grupo en común

 Herramientas de seguridad

 Bloquear

 Añadir

Hola buenas tardes doctora karen habla con el auxiliar Felipe escobar..... Yendo hacia el trabajo me acaban de robar el celular me están prestando este celular una persona desconocida para poderme comunicar con sumerced doctora.... Me robaron los papeles y una cantidad grande de plata que tenia conmigo No puedo asistir a turno por que necesito solucionar esto que me acabo de suceder me alcanzaron a tumbar de la moto y rascarme la chaqueta con un cuchillo

4:57 p. m.

lunes, 11 de mayo



316 3755202



7:07 p. m.



Yuly Guerrero (2)



7:05 p. m.

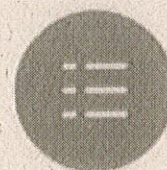
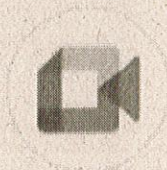
Felipe Aux Enfermeria



Móvil 313 4752004

Llamada saliente, 2 min 6 seg

5:01 p. m.



Radio Tintal



12:23 p. m.



Dr Daniel Jimenez Fontibon



12:02 p. m.

Bogotá 30 de Mayo de 2026

Doctora
Karen Rodríguez
Líder Grupo CREAT
Sub Red Sur Occidente E.S.E.
Ciudad.

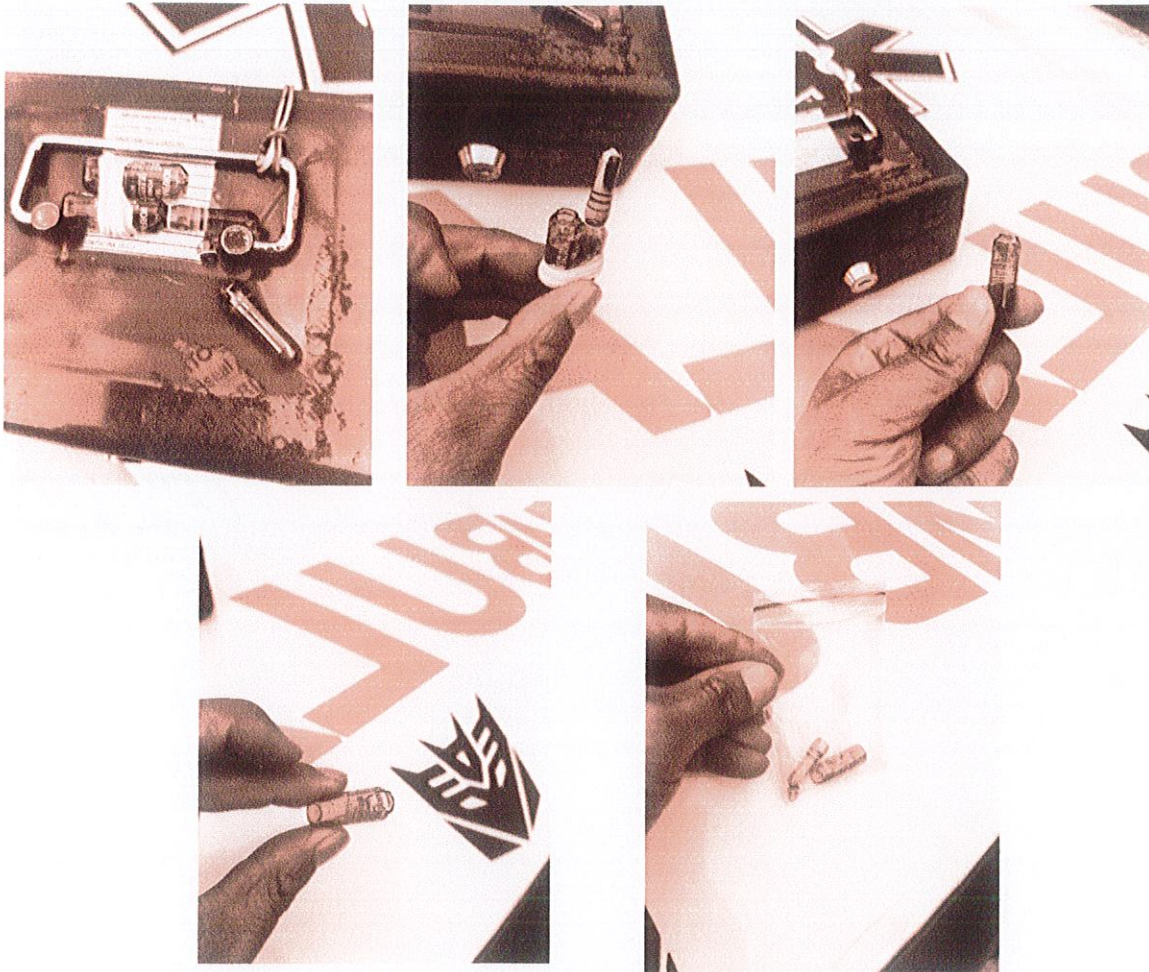
La presente es para informar la novedad presentada el día 30 de mayo del presente año, en la móvil 7090 en el cambio de turno de las 6 am, donde se evidencia una ampolla de morfina con registro invima numero: **2020M-0010453-R1**, numero de lote: **MOR-155**, y fecha de vencimiento **08/2028**, la cual se evidencia destapada dentro de la caja de seguridad de los medicamentos controlados y sin rastro de liquido dentro de la ampolla y de la caja de los controlados, relatando los hechos a continuación:

HECHOS

Yo **Carlos Javier Beltran Tenorio** con cedula de cuidada **80112684**, siendo las 5:45 horas llego al centro de salud de abastos, unidad asignada como base a la móvil 7090, le recibo al auxiliar **Daniel Felipe Escobar** identificado con cedula de ciudadanía **1001269684**, las novedades del cambio de turno y le solicito que me alcance los controlados para revisarlos en lo cual no se niega pero se toma su tiempo, dejo mis pertenencias en la cabina de conductor dime dirigido nuevamente a la habitación del paciente y le pido nuevamente el favor al compañero que me alcance los controlados, y cuando me los entrega me dice esos controlados suenan raros, el cual le respondo ya miramos a ver que pasa, se abre la caja en frente, dónde me doy cuenta que la ampolla de la morfina se encuentra destapada junto de otra ampolla de morfina, detalló que la ampolla tiene un corte simétrico cómo se evidencian en las fotos adjuntas en el anexo 1, le pregunto si la utilizó en cual me dice que no, de inmediato solicitó el libro de controlados y me voy a la parte delantera de la móvil en cuál llamo a los compañeros de planta Ernesto Guzmán, Rodrigo Díaz y el Dr. Jhonatan Castillo para que sean testigos del daño de la ampolla mencionada, dónde se toman fotos como evidencia, se revisa la caja de controlados para observar si se encontraba húmeda el cual no tenía rastro alguno de líquido dentro de la caja y dentro de la ampolla abierta, y se procede a llamar a la líder del grupo Creat, Dra. Karen donde se le informa de los acontecimientos ocurridos e informa qué por favor hacer el respectivo informe por escrito.

Por lo anterior dejo las evidencias fotograficas mencionadas en el presente informe.

Anexo 1



Lo anterior para los fines pertinentes.

Cordialmente:


CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
C.C. 80112684


ERNESTO GUZMAN
C.C.79402159


Dr. JHONATAN CASTILLO
C.C. 1024492230

RODRIGO DIAZ
C.C. 79508725