194

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1033731290 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | adrianafonseca1290@gmail.com | | | | CELULAR: | 3008330045 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K32 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570004870513928 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5981-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 1 DE 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1049 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 38501 | FECHA | 03/09/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y / o asistencial en el area pic, 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. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 3 | 9 | 2020 | | 30 | 9 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $2.050.547 |
| VALOR EJECUTADO | $2.050.547 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2.050.547 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2,194,507** el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Dado en Bogotá en el mes de Septiembre del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto

CLAUDIA PATRICIA PRIETO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Adriana Fonseca

LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | **VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA** | | | | | | **Sede:** | | **FONTIBON** | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **5981-2020** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | | | |
| | | | 3 | 9 | 2.020 | | 30 | 9 | 2.020 | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ** | | | | 1033731290 | | **DE** | | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicio de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area pic, 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.**

___ NO ___ **Servicios:** SI ___ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución. | SI | 1. Se ejecutan las activades del mes de SEPTIEMBRE de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios | cumplimiento con la revision y envio de todos los productos actualizacion, alimentacion, y revision a diario en SURESOC |
| 2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad. | SI | 1. se realiza a diario teletrabajo actualizando informacion de cada uno de los casos indice con sus estrechos para reañizar su respectivo seguimiento de aislamiento preventivo frente a covid 19 | se realizo y se envio de forma oportuna y diaria el reporte de seguimiento realizado por COVID 19 en el mes de SEPTIEMBRE |
| 3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. | NO | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligacion | no programado |
| 4- Realizar la búsqueda activa comunitaria y respectivo soporte | SI | se realiza teletrabajo donde se brinda seguimiento de salud a cada uno de los casos asignados, en donde se le brinda informacion de prevencion de los autocuidados que debemos tener frente a covid 19 | se realizo seguimiento telefonico brindando informacion de prevencion y medidas de autocuidado frente al covid 19 a casos asignados por la jefe en plataforma suresoc para cumplimiento de su respectivo aislamiento |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | NO | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligacion | no programado |
| 6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna. | SI | se realizo actividades en el proyecto de acciones integradas a puntos de entrada septiembre 2020 | acciones realizadas se relaciono por medio via web plataforma suresoc |
| 7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que atiendan los eventos y poblacion de interes | NO | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligacion | no programado |
| 8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de de la subred y en espacios extrainstitucionales, locales y distritales. | SI | 1. Se asistió a reunión de línea 03 de SEPTIEMBRE de 2020. | 1. Acta y listados de asistencia. |
| 9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado. | SI | 1. Se realiza actualización de la plataforma suresoc reporte diario de seguimiento de casos indice con sus estrechos por contigencia covid 19. comunicación de riesgo covid 19 si presenta sintomas( como fiebre tos dolor de garganta diarrea dolor de cabeza ) | suresoc a diario por contigencia covid 19. se realiza seguimiento telefonico a casos indices con sus estrechos donde se les brinda recomendaciones de salud la importancia del aislamiento msignos y sintomas lavado de manos uso de tapabocas y acudir |
| 10-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud. | SI | diligenciamiento diario de seguimiento en lataforma suresoc y reporte diario de los seegimientos realizados | 1. se envio por vía web drive reporte de los seguimientos realizados a diario cuantos quedadn activos cuantos se cerraron y cuantos por asignar |
| 11-Participara en pre-auditoria y auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | 1. Se entrega soportes en pre auditorio de las acciones realizadas en el mes de SEPTIEMBRE del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios. | 1. se envia evidencia por via web |
| 12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | NO | no se programa ninguna actividad relacionado con esta obligacion | no programado |
| 13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual. | SI | se envia base de seguimiento y base sintomatico respectivo del mes laborado los dias 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30 | se envia informe diario de bases correspondientes del mes de septiembre |
| 14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formuclacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes. | SI | se realiza teletrabajo a usuarios positivos y contactos directos diligenciando base de datos a diario | 1.Contingencia por COVID 2020 2. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios indice y estrechos diligenciando base de drive, del mes de SEPTIEMBRE 2020 |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.050.547 DOS MILLONES CERO CINCUENTA MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CIENTE PESOS M/CTE**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Adriana Fonseca 1033731290

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Claudia Garcia Meza

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N 09/2020**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ**

**C.C 1033731290 DE BOGOTA**

La suma de **DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE,** por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC durante el periodo de 03 al 30 de Septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5981-2020.

Adriana fonseca

**LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ**

**C.C 1033731290 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 570004870513928

Salud Total EPS

Bogotá, Septiembre 10 de 2020

Señora:
FONSECA RODRIGUEZ LUZ ADRIANA
CC. 1033731290
CR 189 C NO 51 79 SUR SAN CARLOS - 5992753
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 Marzo 3 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FONSECA RODRIGUEZ LUZ ADRIANA | 1033731290 | C | Mar-3-2020 | 21 | 0 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| FONSECA HIJO DE LUZ ADRIANA | 1033731290 | M | Dic-29-2014 | 95 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE | Ene-13-2017 | Desafiliado por novedad | Ninguna |
| MENDEZ FONSECA MARIA CAMILA | 1033758601 | R | Jun-19-2013 | 257 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | NO VIGENTE | May-1-2019 | Desafiliado por desvinculación laboral | 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 |
|---|---|---|---|
| LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ | 1033731290 | Trabajador Independiente | VIGENTE |

**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,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.731.290**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Septiembre del 2020.

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.*

ARL | sura

Medellín, 10 de septiembre de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033731290 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 07/04/2020 **Fecha fin cobertura:**

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE** |
|---|
| **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048** |
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL |
| **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% |
| **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000008 - OPERATIVO OPS CR 4 |
| **CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES |
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**<br>4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** |
|---|
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP |
| **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603901 |
| **CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35% |

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10337312902025467534

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 10/09/2020 6.45 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# DAVIVIENDA CERTIFICA

Que LUZ ADRIANA FONSECA con Cédula de Ciudadanía

numero 1033731290 tiene en el Banco los siguientes productos:

| Tipo de Producto | Nro. de Producto | Valor Canje | Fecha Pago Min | Pago Mínimo | Saldo o Cupo Disponible | Saldo o Pago Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS FIDUCIARIO | 0570004870513928 | $0.00 | --- | $0.00 | $0.00 | $0.00 |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-09-08, 01:33:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1031856524

**Periodo Cotización:** agosto de 2020 **Periodo Servicio:** agosto de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8811229150

**PAGADO 08/09/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ | | |
| **Documento** | CC1033731290 | **Dirección** | TRANV. 65B N.174 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 5992753 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | VSP | TAE | TDP | TAP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | Días AFP | Días EPS | Días ARP | 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 Mineducto | Total |
| CC 1033731290 | LUZ ADRIANA FONSECA RODRIGUEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.300 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.300 | $ 0 | $ 250.300 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - 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.