Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80902871			
CORREO ELECTRONICO:	luis.medina0704h@gmail.com				CELULAR:	3175609223			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA (ECOGRAFIAS Y ULTRASONOGRAFIAS) HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	BO37L04	20	FO03L04	20	KE10L04	60			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4800397897				PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	2334			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1080	FECHA	2026-05-11 14:54:34.000	NÚMERO DE CRP	18340	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-06-01		2026-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$23,325,048						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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:	$149,602,032
VALOR EJECUTADO	$123,864,048
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$23,325,048
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$25,737,984
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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
1083110779	$9,973,469	$1,246,684	$1,595,755	5	$242,954	$3,085,392

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Realizar durante la jornada laboral en los diferentes servicios de la Subred los estudios y procedimientos solicitados y agendados	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los estudios y procedimientos efectuadas, según programacion mensual
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de lo consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes de los procemientos realizados.	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los procedimientos e informes realizados
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevar Diariamente el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones	Resultados generados de le los procedimientos, actividades e intervenciones registrados de acuerdo con los protocolos institucionales
4) Participar en la programación de actividades del área.	Participacion de reuniones, capcitaciones fisica y virtuales a las que sea solicitado	Firma de asistencia y certificados de capacitacion virtual, Formatos de asistecia de capacitacion
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reportar los eventos de notificacion obligatoria.	Reporte oportuno de los Sucesos de seguridad de acuerdo con los protocolos institucionales
6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificacion de la verificación de equipos biomédicos solicitar revison y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimientos, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Reporte oportuno de acuerdo con los protocolos institucionales
7) Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Dar instrucciones a su equipo de trabajo (transcriptor), antes, durante y después de la realización de los procedimientos realizados	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de acuerdo con los protocolos institucionales
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad, con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento.	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de acuerdo con los protocolos institucionales
9) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Informe mensual de Actividades
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizar educacion sobre el plan de manejo medico ambulatorio y los cuidados post procedimiento	Realizar educacion sobre el plan de manejo medico ambulatorio y los cuidados post procedimiento
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	realizar educacion sobre el plan de manejo medico ambulatorio y los cuidados post procedimiento	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de acuerdo con los protocolos institucionales
12) Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Elaborar conceptos medicos de acuerdo con las solicitudes realizadas	Informe en la HC de cada paciente atendido durante el mes de acuerdo con los protocolos institucionales
13) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Dar cumplimiento a las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Reporte oportuno de acuerdo con los protocolos institucionales
14) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades.	Informe mensual de Actividades
15) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Velar por el buen manejo y cuidado de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Reporte oportuno de Inventario y entrega de elementos de acuerdo con los protocolos institucionales
16) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Firma de asistencia a la reuniones a las cuales sea convocado	Firma de asistencia del mes
17) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de las actividades asignadas.	Adherencia a los protocolos institucionales
18) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	Realizar de acuerdo a los procedimientos institucionales con adherencia a los protocolos institucionales para realización de las actividades asignadas.	Adherencia a los protocolos institucionales
19) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar las actividades realizadas quedando en la Historia Clínica el informe respectivo	Registrar en la Plataforma Dinamica los informes de los procedimientos y estudios realizados según programacion mensual

Copia Certificada Subred Sur Occidente

20) Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Realizar partcipacion en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Firma de asistencia del mes e Informe mensual de Actividades
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Asumir la supervision Tecnica, de los contratos u ordenes asignadas	No tengo Supervisiones a Cargo
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realiza entrega de la constancia de afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales mensualmente	Entrega de Comprobante de pago de la seguridad Social del mes correspondiente
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realice las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Reporte oportuno de acuerdo con los protocolos institucionales

Jacqueline Sandoval Estupiñan
51662632
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-jun-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 80902871 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 75 A 20 60 **Teléfonos** 3175609223 3175609223

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS ALBERTO MEDINA SANCHEZ	19097756	Padre
MARTHA EUGENIA GARCIA PINZON	41653541	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 547.186.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 547.186.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	0550004800397897	TUNAL	$ 48.171.033,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	CAMIONETA MAZDA CX50 2023	$ 138.226.000,00
Apartamento	KR 75A #20-60 T1 APTO 1401 BOGOTA	$ 428.304.000,00
Vehiculo	AUTOMOVIL RENAULT SANDERO 2020	$ 33.528.000,00
Apartamento	K1 #7-12 AP 1603 CARTAGENA	$ 652.313.000,00
Vehiculo	CAMIONETA CHEVROLET EQUINOX	$ 66.501.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
PROMEDICO	PRESTAMOS COOPERATIVA	$ 154.346.962,00
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 38.989,00
BANCO FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 5.481.513,00
PROMEDICO	CREDITO HIPOTECARIO	$ 760.187.997,00
BBVA	TARJETAS DE CREDITO	$ 47.925.760,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA 29/06/2026 01:22:18

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 29-jun-2026

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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

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

Certifica que:

LUIS ALBERTO MEDINA GARCÍA

CC ***80902871***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Ejes de Acreditación

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *viernes, 26 de junio de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

052dd6a7-58c6-409e-8d81-b55728a33038

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

22 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=052dd6a7-58c6-409e-8d81-b55728a33038

LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA
NIT 80.902.871-0
AV SUBA 103 B 78 APT 204
Tel: (601) 3175609223
Bogotá - Colombia
luis.medina0704h@gmail.com

Factura electrÃ³nica de venta
No. FE 623

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(601) 4546800
Dirección	CL 9 39 46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/06/2026, 00:29
Expedición	29/06/2026, 00:29
Vencimiento	29/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios profesionales medico radiologo	174.00	23,325,048.00

Total items: 1

Total Bruto	23,325,048.00
Total a Pagar	23,325,048.00

Valor en Letras:
Veintitres millones trescientos veinticinco mil cuarenta y ocho pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 23,325,048.00

Observaciones:
Soy regimen simple de tributación no practicar retenciones a titulo de renta ni de ICA

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764104534911 aprobado en 20260112 prefijo FE desde el número 601 al 1000 Vigencia: 6 Meses**
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa
CUFE: 0e61f559c5c2d28416232a90a8a23765dc14e1b018d3667ca93da65078ecdbfbbb3827725d8bd646738456d94ece424d

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

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

Datos guardados

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Febrero-2026.pdf	1. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Febrero-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1079884650 SS.pdf	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1079884650 SS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Marzo-2026.pdf	2. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Marzo-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1080751271 SS.pdf	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1080751271 SS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Designación Temporal de supervisión Rossi Leonor Gonzalez Gonzalez.pdf	Designación Temporal de supervisión Rossi Leonor Gonzalez Gonzalez.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Abril-2026.pdf	3. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Abril-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1081542811 SS.pdf	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1081542811 SS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Mayo-2026.pdf	4. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia Mayo-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1082344419 SS.pdf	14. 80902871 Luis Alberto Medina Garcia 1082344419 SS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-29, 01:33:01 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	LUIS ALBERTO MEDINA GARCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 80902871
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1083110779
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	429865558
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 6.194.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 3.538.700	$ 31.300
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 2.602.000	$ 22.900
			SubTotales:	$ 6.140.700	$ 54.200
			Total a Pagar:		$ 6.194.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!