SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL**			**CC:**	**52189273**
CORREO ELECTRÓNICO:	**marymur75@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3213654913**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 8B 3 28S**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DAVIVIENDA S.A.**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**473400020847**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 6949 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 4.149.600**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/09/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/08/01 AL 2026/08/31**				

CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL
PS_6949_2025_145A13

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL
CC: 52189273
CEL: 3213654913

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** **AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL			
	CON C.C N°	**52.189.273**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 6949 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/01**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.195.200	**No. HORAS EJECUTADAS**	**182**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 54.661.906	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.149.600
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOCE (12) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL LA VICTORIA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACION. Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 1.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS .Se desarrollaron acciones en las diferentes instituciones a nivel diferencial priorizadas y asignadas por la SDS en el Entorno Cuidador Instiucional de acuerdo con los lineamientos establecidos por la misma, donde se cumplió con los direccionamientos establecidos desde la supervisión del contrato y referentes distritales. 1.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Soportes en carpetas de gestión documental: Actas, formatos y registro de bases en formato drive
2	2. OBLIGACION. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Diligenciamiento del cronograma que comprende el periodo 1 a 31 de Agosto en el que se consignan las actividades programadas acordes a las acciones establecidas en el lineamiento y las novedades pertinentes frente a la ejecucion de las actividades concertadas con las instituciones priorizadas. 2.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Cronograma mes del 1 al 31 Agosto con ruta de acceso dispuesto en Drive y compartido en el correo de la localidad Los Martires
3	3. OBLIGACION. Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas,presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 3.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Apoyo en las actividades programadas y definidas al objeto del contrato para el mejoramiento continuo. Durante este se realizaron acciones promocionales y acciones de alta externalidad dando así continuidad a los planes de cuidado instituciones de cada una de las instituciones intervenidas. 3.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro de bases en formato drive
4	4. OBLIGACION. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Apoyo en las actividades programadas y definidas en el objeto del contrato y lineamiento producto 20,68,69 de la localidad los Martires para el mejoramiento continuo y actividades de apoyo que no se encuentran inmersas dentro de las actividades en el entorno institucional. 4.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Soportes en carpetas de gestion documental: Actas, formatos y registro de bases en formato drive .Actas de entrega
5	5. OBLIGACION. Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred. 5.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se cumplió la meta establecida 53 sesiones mediante el acompañamiento y seguimiento en hogares de paso para habitantes de calle, Unidades de protección integral, Unidades del sistema de responsabilidad penal para adolescentes, Casa de igualdad de oportunidades para las mujeres, unidades de protección del ICBF , HCB, hogares de paso y de proteccion para la población de alta vulnerabilidad segun SDIS acorde a requerimiento de Secretaria de Salud y según lineamiento. Se diligencia base de canalizaciones (anexo 4), tablero de control, base de indicadores, tablero proyectos de inversion y se diligenciaron formatos como actas de reunion, sesiones educativas, planes de cuidado de bienestarl, formatos de caracterizacion, y los requeridos de acuerdo a los resultados de las acciones realizadas. 5.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Soportes en carpetas de gestion documental: aplicación de formatos caracterización , formato de sesion educativa, plan de cuidado de bienestar y formatos de actas. Base mensual de indicadores, tablero de control, tablero proyectos de inversion, base de canalizaciones, base de seguimiento casos prioritarios

6	6.OBLIGACION. Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 6.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se realiza lectura y apropiación de lineamientos, caja de herramientas y ficha técnica, acorde a la vigencia activa actualmente durante este periodo constantemente para la ejecucion de actividades educativas y de alta externalidad en las diferentes instituciones asignadas al producto 20,68,69 Entorno cuidador Institucional localidad los martires. 6.2. PRODUCTO O EVIDENCIA . Participación en actualización o novedades del lineamiento realizadas desde SDS y la ejecución estrategica y tactica del entorno
7	7.OBLIGACION. Realizar revisión y responder por los formatos de captura, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo con los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC. 7.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se diligencia base de tablero de control, base de indicadores, tablero proyectos de inversión, informe trimestral y por último diligenciamiento de formatos como actas de reunión, sesiones educativas, planes de cuidado de bienestar formatos de caracterizacion y los requeridos de acuerdo con los resultados de las acciones realizadas . 7.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Soportes en carpetas de gestion documental: aplicación de formatos caracterización , formato de sesion educativa , plan de cuidado de bienestar y formatos de actas. Base mensual de indicadores, tablero de control, tablero proyectos de inversion, base de canalizaciones, base de seguimiento casos prioritarios
8	8.OBLIGACION. Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 8.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se realizaron las activaciones de ruta en salud de acuerdo con la identificacion en las sesiones colectivas y casos priorizados por las instituciones de poblacion diferencial . 8.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al producto ejecutado
9	9. OBLIGACION. Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental. 9.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Productos debidamente organizados y archivados con la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 9.2 PRODUCTO O EVIDENCIA Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al producto ejecutado
10	10. OBLIGACION. Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo con su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 10.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se realiza revisión y apropiación de fichas, formatos, documentos transversales de PSPIC, En proceso de implementación de planes de cuidado institucional se realizaron las canalizaciones pertinentes mediante SIRC a las EAPB. Se realizó el envío de información correspondiente a GESI y se adelantaron acciones pertinentes en las instituciones para generar articulaciones con PAI de acuerdo a las necesidades identificadas. 10.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Formatos de canalización, soportes de envio de correos, base de seguimiento de casos prioritarios
11	11. OBLIGACION. El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual. 11.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Se realizan las actividades programadas y definidas en el objeto del contrato para el mejoramiento continuo y actividades de apoyo con la calidad y oportunidad requerida. por el entorno cuidador institucional. Asistencia mensual a la reunion del entorno cuidador institucional. 11.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Carpetas con los diferentes soportes correspondientes al producto ejecutado
12	12. OBLIGACION. Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 12.1 ACTIVIDADES DESARROLLADAS. Apoyo a las diferentes actividades que se requieran como jornadas de asistencias tecnicas,fortalecimientos y demas actividades requeridas al interior de la subred. 12.2 PRODUCTO O EVIDENCIA. Acta y listado de asistencia

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
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?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	
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?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-08-01) AL (2026-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 93811233	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/08/12	$ 218.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2026/08/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/08/12	$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 541.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL* *PS_6949_2025_145A13* **CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL** **CC: 52189273**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN* *PS_6949_2025_145A13* **JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ* *PS_6949_2025_145A13* **ZANDRA PATRICIA CLAVIJO LOPEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52189273	CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL	CARRERA 8B No. 3 28 SUR	4099973	marymur75@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94614037	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52189273	CLAUDIA MARITZA MUÑOZ REAL	CARRERA 8B No. 3 28 SUR	4099973	marymur75@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94614037	10/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52189273	MUÑOZ REAL CLAUDIA MARITZA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 641245729

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co> mié, 9 sept 2026 a la hora 7:02 p. m.
Para: marymur75@gmail.com

¡Hola, CLAUDIA MARITZA MUÑOZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 541.800,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 09/09/2026

CUS: 641245729

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda





Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."