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: (30-09-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**KEILY YULIETH COPETE CAICEDO**			**CC:**	**1076383980**
CORREO ELECTRÓNICO:	**KEYU112330@GMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3225253415**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 32 10A 77**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24139012527**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 7485 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 1.671.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2025/10/09**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/10/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/09/01 AL 2026/09/30**				

KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
PS_7485_2025_7C31EE

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO
CC: 1076383980
CEL: 3225253415

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			
KEILY YULIETH COPETE CAICEDO			
	CON C.C N°	**1.076.383.980**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N DE GESTI?N INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 7485 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2025/10/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.285.280	**No. HORAS EJECUTADAS**	**100**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 43.487.780	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.671.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA		

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	Obligación 1: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.1.1 Actividades desarrolladas: Realicé actividades propias de ruteo a casos priorizados, agendamiento de citas y registré la información recolectada de manera oportuna y con veracidad del dato. 1.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo GTAPS. 1
2	Obligación 2: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES:2.1 Actividades desarrolladas: Realicé el desplazamiento de acuerdo con la base asignada de casos priorizados dentro del mismo territorio. 2.2 Actividades (evidencias): Registré y retroalimenté los casos de ruteo correspondientes al desplazamiento
3	Obligación 3: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 3.1 Actividades desarrolladas: Entregué actas, formatos y listados de firmas totalmente diligenciados con calidad y oportunidad. 3.2 Actividades (evidencias): Realicé la entrega de soportes totalmente diligenciados
4	Obligación 4: 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: Participé en las capacitaciones presenciales y virtuales requeridas para la mejora continua del producto. 4.2 Actividades (evidencias): Registré la asistencia en las actas y listados correspondientes.
5	Obligación 5: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 5.1 Actividades desarrolladas: Realicé la apropiación continua de los lineamientos en las actividades que desarrollé diariamente. 5.2 Actividades (evidencias): No elaboré acta de apropiación de lineamientos, ya que fue entregada en el mes correspondiente.
6	Obligación 6: DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES:6.1 Actividades desarrolladas: Asistí mensualmente a los comités programados por el proceso según el requerimiento. 6.2 Actividades (evidencias): Registré la asistencia en las actas y listados correspondientes.
	Obligación 7: REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED:7.1 Actividades desarrolladas: Realicé la entrega de formatos sin tachones ni enmendaduras para su respectiva verificación. 7.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo

7	GTAPS.
8	Obligación 8: PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO:8.1 Actividades desarrolladas: No realicé ningún acercamiento comunitario ni institucional en este periodo. 8.2 Actividades (evidencias): No generé registros nuevos, debido a que los soportes de actas y listados de asistencia fueron entregados en el mes correspondiente.
9	Obligación 9: ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES:9.1 Actividades desarrolladas: Identifiqué que durante el mes correspondiente no generé notificaciones sobre eventos de interés en salud pública que requirieran ficha de notificación. 9.2 Actividades (evidencias): No generé fichas de notificación debido a la no identificación de eventos.
10	Obligación 10: PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED:10.1 Actividades desarrolladas: Asistí a las convocatorias y requerimientos establecidos por la SDS. 10.2 Actividades (evidencias): Registré la asistencia en las actas y listados correspondientes
11	Obligación 11: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL:11.1 Actividades desarrolladas: Entregué los soportes con calidad y veracidad en los días y horarios establecidos según el requerimiento para la entrega de los mismos. 11.2 Actividades (evidencias): Entregué los soportes en orden cronológico, de manera oportuna y con calidad.
12	Obligación 12: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN:2.1 Actividades desarrolladas: Presenté la disponibilidad y la actitud adecuada para dar cumplimiento a los requerimientos de la supervisión. 12.2 Actividades (evidencias): Registré la asistencia en las actas y listados correspondientes.
13	Obligación 13: REALIZAR CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA:13.1 Actividades desarrolladas: Realicé la caracterización en campo según el territorio asignado e identifiqué el riesgo con sus respectivos formatos totalmente diligenciados para cada uno de ellos. 13.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo GTAPS.
14	Obligación 14: DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA:14.1 Actividades desarrolladas: Registré en el aplicativo GTAPS, diariamente, la información recolectada en campo con completitud, calidad y veracidad del dato. 14.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo GTAPS.
15	Obligación 15: PRESENTAR EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES E INSUMOS PREPARADOS (MAPAS BASE, MATRICES, CARTOGRAFÍA, DATOS CATASTRALES Y POBLACIONALES):15.1 Actividades desarrolladas: Realicé la entrega del cronograma y de los soportes de las actividades realizadas en campo según la acción requerida para el territorio asignado. 15.2 Actividades (evidencias): Diligencié en el acta y en el DRIVE los datos correspondientes.
16	Obligación 16: PRESENTAR MAPA CON REGISTRO DEL EJERCICIO DE CARTOGRAFÍA REALIZADO POR EL GESTOR. MATRIZ DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, CON EL REGISTRO REALIZADO POR PARTE DEL GESTOR:16.1 Actividades desarrolladas: No realicé retroalimentación de mapa territorial con su respectivo soporte para el mes de julio de 2026. 16.2 Actividades (evidencias): No ejecuté mapas en el territorio asignado para el mes.
17	Obligación 17: PARTICIPAR EN EL COMITÉ TERRITORIAL EN EL QUE PARTICIPA TODO EL EQUIPO REVISIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CARTOGRAFÍA, MATRIZ, INFORME Y CONCLUSIONES DE COMITÉ DE CUIDADO):17.1 Actividades desarrolladas: Asistí y participé en el comité mensual programado por el equipo para la mejora continua del proceso. 17.2 Actividades (evidencias): Registré la asistencia en las actas y listados correspondientes.
18	Obligación 18: REALIZAR EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN INSTRUMENTOS DEFINIDOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN CON CALIDAD (PLANILLA DE FAMILIAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ATENCIÓN INICIAL DESDE ABORDAJE TERRITORIAL, APLICATIVO EN LÍNEA DEFINIDO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD):18.1 Actividades desarrolladas: Realice educación al usuario y/o usuarios sobre el proceso con su respectivo objetivo; asimismo, registré en el formato y en el aplicativo GTAPS la información captada con sus respectivos soportes. 18.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo GTAPS.
19	Obligación 19: GESTIONAR Y ACTIVAR LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS CON OPORTUNIDAD A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIONES DE RUTA O FORMATOS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA SEGÚN CORRESPONDA:19.1 Actividades desarrolladas: Gestioné citas en tiempo real para los casos identificados con pertinencia en los servicios de salud y en los tiempos establecidos según requerimiento. 19.2 Actividades (evidencias): Realicé la activación en el aplicativo para los casos requeridos con prioridad según el lineamiento
	Obligación 20: CUMPLIR, SEGÚN SU PERFIL Y RESPONSABILIDADES ASIGNADAS, CON TODAS LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR VIGENTE, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, ASÍ COMO CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS Y OPERATIVOS QUE DE ESTE SE DERIVEN:20.1 Actividades desarrolladas: Entregué a completitud la meta establecida con todos sus soportes mensuales dentro del territorio asignado; identifiqué riesgos, registré la

20	información captada en el aplicativo GTAPS, notifiqué y activé rutas según corresponda, todo ello con sus respectivos soportes. 20.2 Actividades (evidencias): Registré a completitud los datos recolectados en campo con oportunidad, calidad y veracidad en el aplicativo GTAPS.

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 (2026-09-01) AL (2026-09-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1084342112	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/09/12	$ 218.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/09/12	$ 280.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2026/09/12	$ 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	*KEILY YULIETH COPETE CAICEDO* *PS_7485_2025_7C31EE* **KEILY YULIETH COPETE CAICEDO** **CC: 1076383980**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ* *PS_7485_2025_7C31EE* **LUZ ADRIANA CALDERON RAMIREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA* *PS_7485_2025_7C31EE* **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

OCT 14 2026 17:04:20 RBMDES10.5N

CORRESPONSAL
SERVICIOS FINANCIEROS
TV 32 24-60

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0018198275 TER: AC000302
V. ELECTRON Cc
**5066 RECIBO: 002583 RRN: 004383
RECAUDO APRO: 828967

SERVICIO: 0000001136
FACTURA: 0000000008823070513

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 576.900

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-10-17, 08:49:18 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1085158261

Periodo Cotización: septiembre de | Periodo Servicio: septiembre de | Referencia pago 8823070513

PAGADA 15/10/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO		
Documento	CC1076383980	Dirección	CR 32 #10 A - 77
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3225253415
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	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 Ministerio	Total
CC 1076383980	KEILY YULIETH COPETE CAICEDO	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1,750,905	$280,200	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$1,750,905	$218,900	2.436	$1,750,905	$42,700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1,750,905	$35,100	$0	$0	$0	$0	$576,900

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
$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$1,750,905	$280,200	$218,900	$42,700	$35,100	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$576,900	$0	$576,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - 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.