

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEONARDO VALERO MONTENEGRO										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.022.374.513					
CORREO ELECTRONICO:				leo-319@hotmail.com				CELULAR:		320 9455646				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FACTURACION				SEDE:		KE10				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		R28	100											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				570103879						PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2747-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				10 DE 10		
NÚMERO DE CDP		1729	FECHA	25/10/2018	NÚMERO DE CRP		45531	FECHA	31/10/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Facturación 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	
						1	11	2018			30	11	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.562.000										
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%										
OBSERVACIONES:														
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO														
CONCEPTO								VALORES						
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$15.620.000						
VALOR EJECUTADO								\$15.620.000						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.562.000						
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, 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								
1015422404	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800								
Dado en Bogotá a los () días del mes de Noviembre del año Dos Mil dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,														
 LUZ MARY TORRES RINCON NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 LEONARDO VALERO MONTENEGRO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA						

Ubicación del Servicio: **URGENCIAS** Sede: **KENNEDY**

No. DE CONTRATO: **2747-2018** Periodo certificado desde el **1** de **11** de **2018** a **30** de **11** de **2018**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LEONARDO VALERO MONTENEGRO** C. C. **1.022.374.513** DE **BOGOTÁ**

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **ASISTENTE - AUTORIZADOR** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☒ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
a. Realizar verificación de derechos en la paginas de ADRES (BDUA, Compensados), Comprobador de Derechos, DNP (Departamento Nacional de Planeación), Pagina WEB Capital Salud y aplicativo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	100%	Realizo correctamente la verificación de derechos de cada uno de los pacientes que ingresan en mi turno en las diferentes paginas de comprobadores de derechos.	Ingresando cuidadosamente el documento del paciente en las diferentes paginas de comprobadores para determinar el aseguramiento y hacer el debido proceso en HOSVITAL Y SIES.
b. Realizar la admisión aplicando los ocho correctos (, nombres y apellidos, documento de identidad, dirección y teléfono, fecha de nacimiento, sexo, grado de escolaridad, ocupación, etnia) en aras de garantizar un registro confiable en el sistema de información de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	100%	Realizo debidamente la admision al Sistema Hosvital ingresando los ocho correctos, garantizando un registro confiable en el Sistema de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Indagando al paciente al momento del ingreso preguntandole los diferentes datos para garantizar una buena admision.
c. Llevar a cabo los procesos y procedimientos de autorizaciones tanto de los usuarios urgenciados como hospitalizados, cumpliendo así, con la normatividad vigente (Decreto 4747 de 2007 y Resolución 3047 de 2008), dentro de los tiempos establecidos por la norma.	100%	Llevo a cabo los procesos y procedimientos de autorizaciones de los diferentes pacientes que ingresan por los servicios de urgencias y hospitalización cumpliendo así con la norma.	Reportando a las diferentes EPS los procesos y procedimientos para posteriormente ingresar los datos previamente autorizados al SIES.
d. Verificar diariamente el censo en cada uno de los servicios los usuarios hospitalizados, efectuando seguimiento a la clasificación por pagador en el sistema de información, y realizar la actualización de la hoja de ruta con las gestiones administrativas realizadas en cada turno.	100%	Hago diariamente el censo en los diferentes servicios garantizando el seguimiento por pagador y actualización de la hoja de ruta en cada turno.	Haciendo seguimiento y actualización del pagador de cada paciente para luego notificarlo es su respectiva hoja de ruta.
e. Realizar el reporte del Censo diario de los usuarios hospitalizados donde se indique los donde se incluyan: Nombre y Apellido, Número de Documento, Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador. Esta información se remitirá al correo definido por el área de facturación, según la estructura definida.	100%	Generando el reporte del censo de los pacientes hospitalizados donde se evidencie Nombre y Apellido, Identificación y Fecha de Nacimiento, Fecha de Ingreso a hospitalización y pagador para luego ser enviada al correo establecido.	Ingresando y actualizando el reporte del censo para así posteriormente ser enviado al correo establecido por el área de facturación.
f. Dejar la evidencia de todos los soportes necesarios para el proceso de Autorización, y así mismo Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de la actividad.	100%	Dejo la evidencia de los procesos de autorizacion de manera clara y diligencio los instrumentos que son encomendados para el ejercicio.	Diligenciando en SIES claramente las autorizaciones con su respectivo soporte e instrumento para dicha actividad.
g. Entregar oportunamente los soportes del proceso de Autorización a los facturadores con el fin de ser anexados en cada una de las facturas generadas a las EAPB.	100%	Entregando oportunamente los soportes de autorizacion a los facturadores para ser anexados a las respectivas facturas de las EAPB.	Entregando al facturador los soportes de autorizacion que el solicite para soportar sus facturas.
h. Realizar el proceso de autorización de medicamentos no POS con formatos, y realizar los trámites internos del diligenciamiento y justificación del formulario CTC. Esta actividad aplica para las unidades donde no tiene el perfil encargado de este proceso.	100%	NO APLICA	NO APLICA
i. Brindar información clara y oportuna a los usuarios en relación con los trámites ante las diferentes (E.A.P.B).	100%	Brindo informacion clara a los pacientes con relacion de los tramites de sus Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.	Notificando al paciente el estado en el que se encuentra con su E.A.P.B y posteriormente orientandolo para el respectivo tramite.
j. Cumplir con los procesos y procedimientos establecidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	100%	Cumplo con los procesos y procedimientos que es establece la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Acatando respetuosa y atentamente los diferente procesos y procedimientos de la Subred.
k. Responder oportunamente las solicitudes realizadas desde el área de Facturación y glosas en la consecución de soportes que se requieran para dar respuesta a las diferentes objeciones dadas por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (E.A.P.B)	100%	Respondo oportunamente las solicitudes que realiza el area de Facturación y glosas de los soportes que se requieran para dar respuesta a las objeciones de las diferentes Entidades.	Estando atento a cualquier solicitud que me haga el area de Facturación y Glosas para así darle pronta respuesta con los soportes que se requieren.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **\$ 1.562.000**

UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL PESOS

EDICAR LEONARDO VALERO MONTENEGRO
C.C. 1.022.374.513

FECHA: 16/11/2018
FIRMA Y NOMBRE DEL SUPERVISOR

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-15, 08:39:02 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1015422404 Referencia pago(PIN) 886884560
Período Cotización 201810 Período Servicio 201810
Ciente:

PAGADA 2018-10-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDGAR LEONARDO VALERO MONTENEGRO			
Documento	CC 1022374513	Dirección	KR 40 A NO 19 10 SUR	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7248942	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.	
Representante Legal	Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022374513	Residente	Exonerado N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00			VALERO MONTENEGRO EDGAR LEONARDO	11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novidades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
	Salario	Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte EPS	Código ICBF	Tarifa ICBF	Total Aporte ICBF	Código ARL	Tarifa ARL	Total Aporte ARL	Código CCF	Tarifa CCF	Total Aporte CCF	Aporte SENA	Tarifa SENA	Total Aporte SENA	Aporte ICBF
	\$ 781.242	230201	16 %	\$ 125.000	EP5005	12.5 %	\$ 97.700	EP5005	12.5 %	\$ 97.700	14-25	3	\$ 19.100	NR-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FSP SANITAS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 241.800
\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 19.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 241.800



Simple

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 Seguridad Social
Fecha 2018-10-05, 12:59:40 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos octubre de 2018
Periodo de Cotización Para Salud octubre de 2018
Empresa EDGAR LEONARDO VALERO MONTENEGRO
CEDULA CIUDADANIA CC 1022374513
Código Sucursal (Nombre) ()
Referencia de Pago/ Número Planilla 8868884560 / 1015422404
Tipo de Planilla I
Número Transacción Bancaria/ CUS 22166967
Banco (1023) - BANCO DE OCCIDENTE
Valor \$ 241.800
Estado de la Transacción Aprobada
Dirección IP de Origen 10.0.19.58

NR	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	\$ 125.000	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 97.700	\$ 0
N800226175	14-25	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA	1	\$ 19.100	\$ 0
SubTotales:				\$ 241.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 241.800



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1022374513
NOMBRES	EDGAR LEONARDO
APELLIDOS	VALERO MONTENEGRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	21/09/2001	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 11/15/2018 20:39:51 Estación de origen: 190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

EPS / EOC	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

EPS / EOC	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

EPS / EOC	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1022374513	VALERO	MONTENEGRO	EDGAR	LEONARDO	2018-10	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	10/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2018	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023

E.P.S. / E.O.L.	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
E.P.S. SANITAS	01/2017	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2016	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2015	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	09/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	08/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	07/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	06/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	05/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	04/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	03/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	02/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	01/2014	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	12/2013	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	11/2013	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023
E.P.S. SANITAS	10/2013	21/09/2001	30	COTIZANTE	4023

[Volver a Consultar](#)