CIUDAD: BOGOTA D.C.

FECHA: 31 diciembre de 2023

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☑ **No.** 51,945,615 de Bogotá

CONTRATO No.: ADRES-CPS-423-2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de diciembre de 2023 **HASTA:** 31 de diciembre de 2023

LA SUMA DE: Cinco millones ciento ochenta y dos mil setecientos ochenta y siete pesos mcte ($5.182.787)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra.12 Bis No. 34C-17 sur. C.37

TELÉFONO: 3124163291

FIRMA
C.C 51.945.615

Contrato No.	ADRES-CPS-423-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS**		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ	**Teléfono / Extensión**	432 27 60
Dependencia	Dirección de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	17/05/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/12/2023	**Hasta**	31/12/2023
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Efectuar la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos	Se efectuó la revisión de los soportes y aplicación de los criterios de auditoría a las reclamaciones en los segmentos de soportes, financiero y médico cumpliendo con la siguiente distribución: 1.Paquete especial IPS Medilaser	Se adjunta archivo nombrado en obligación 1 en Excel mes de diciembre 1.Paquete especial IPS Medilaser	N/A

	sin identificar o sin SOAT, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar.	Se registran los resultados del paquete 1.Paquete especial IPS Medilaser	Se adjunta archivo nombrado en obligación 2 Excel mes de diciembre. 1.Paquete especial IPS Medilaser	N/A
3	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación	En el período objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones anormales	N/A	N/A
4	Realizar la retroalimentación correspondiente de los criterios de auditoría determinados en la normativa y manuales vigentes, así como en la ejecución de jornadas de capacitación que se requieran en el marco de la validación de resultados de auditoría.	Durante el periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A
5	Intervenir cuando se requiera en la ejecución de las diferentes etapas del proceso para determinar la	Se efectuó la revisión de los soportes y aplicación de los criterios de calidad a las reclamaciones en los	Se adjunta archivo nombrado en obligación 5 en Excel revisión muestras de	

	calidad de los resultados de la auditoria efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC y a las reclamaciones por servicios de salud derivados de accidentes de tránsito con vehículos no identificados o no asegurados con póliza /soat, así como también aquellos asegurados con riesgo diferencial, eventos catastróficos de origen natural, y eventos terroristas.	segmentos de soportes, financiero y médico a las siguientes muestras 1. Paquete especial DT 27112023 2. Muestra Integral RG_MEDILASER 3. Muestra Integral_G56_ 4. No Conformidades PQT_28047	calidad diciembre. 1. Paquete especial DT 27112023 2. Muestra Integral RG_MEDILASER 3. Muestra Integral_G56_ 4. No Conformidades PQT_28047	N/A
6	Asistir a las reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas por el supervisor del contrato, la respectiva Coordinación de Grupo y/o líder.	Durante el periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A
7	Participar en la elaboración de los informes que sean requeridos por organismos de control internos y/o externos, así como los diferentes actores involucrados en el proceso de auditoría, validación, reconocimiento y pago.	Durante el periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A
8	Suministrar los insumos requeridos dentro del proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas presentadas ante la ADRES; así como los que se requieran para el procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas	Se suministro el resultado de calidad a las reclamaciones de las muestras. 1. Muestra Integral RG_MEDILASER 2. Validaciones mayor valor cobrado G_56 3. Muestra Integral_G56_ 4. Verificación de hallazgos _G56_	Se adjunta archivo nombrado en obligación 8 en Excel resultado de calidad. Mes de diciembre.	N/A

	de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993			
9	Atender las solicitudes de ajuste que se requieran en caso de que la revisión de los soportes asignados presente inconsistencia o que el producto entregado en los tiempos establecidos no cumpla con la rigurosidad técnica requerida.	Durante el periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A
10	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplió con las metas de productividad de la auditoria de las reclamaciones en los segmentos de soportes, financiero y médico 1 paquete especial IPS Medilaser 2. Paquete especial DT 27112023 3. Muestra Integral RG_Medilaser. 4. Validaciones mayor valor cobrado G_56 5. Verificación de hallazgos _G56_ 6. Muestra Integral_G56) 7. No Conformidades PQT_28047	Se adjunta archivo nombrado en obligación 10 en Excel mes de diciembre. 1 paquete especial IPS Medilaser 2. Paquete especial DT 27112023 3. Muestra Integral RG_Medilaser. 4. Validaciones mayor valor cobrado G_56 5. Verificación de hallazgos _G56_ 6. Muestra Integral_G56) 7. No Conformidades PQT_28047	N/A
11	Apoyar en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Durante el periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 49.236.477	$33.515.356	$ 5.182.787	0 COP	$ 10.538.334

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS MCTE ($5.182.787)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	73272887	312.500	1/12/2023	31/12/2023	18/12/2023
Pensión	73272887	400.000	1/12/2023	31/12/2023	18/12/2023
ARL	73272887	13.100	1/12/2023	31/12/2023	18/12/2023

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	NA
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.

	3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.
En constancia, firmo: **RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ** Supervisor (es)/Interventor (es) **En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.**	
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2023	

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

ADRES	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-423-2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**SANDRA ANGÉLICA CÓRDOBA GALVIS**		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ	**Extensión del Supervisor**	432 27 60
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES relacionados con la revisión, verificación, control y pago de las cuentas que se presenten ante la entidad administradora por los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito con o sin SOAT de acuerdo con la normatividad vigente, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	17/05/2023	**Fecha de Terminación**	31/12/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	**17/05/2023**	**Hasta**	**31/12/2023**
Adición y/o Prórroga	**N/A**			
Suspensión	**N/A**			
Cesión	**N/A**			
Terminación	**31/12/2023**			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$ 49.236.477
Valor adiciones	$ 0
Valor total incluidas las adiciones	$ 49.236.477
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$33.515.356
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 5.182.787
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$ 0
Valor a liberar	$ 10.538.334
Valor liberado	$ 0
Valor total ejecutado	$33.698.143

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (Seguros del estado S.A.) como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
37-46-101005119	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$12.309.119,25	12/05/2023	05/07/2024

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
N/A	N/A

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
N/A	N/A	N/A	N/A

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
N/A	N/A	N/A

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 17 de mayo de 2023 al 31 de mayo de 2023.
  b) Del período comprendido entre el 01 de junio de 2023 al 30 de junio de 2023.
  c) Del período comprendido entre el 01 de julio de 2023 al 31 de julio de 2023.
  d) Del período comprendido entre el 01 de agosto de 2023 al 31 de agosto de 2023.
  e) Del período comprendido entre el 01 de septiembre de 2023 al 30 de septiembre de 2023.
  f) Del período comprendido entre el 01 de octubre de 2023 al 31 de octubre de 2023.
  g) Del período comprendido entre el 01 de noviembre de 2023 al 30 de noviembre de 2023.
  h) Del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS
Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
N/A	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:



RENA LISAG MORALES HERNÁNDEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2023

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	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS	crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	sandracor48@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	18/12/2023	73272887	$740.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	312.500	0		0		0	0	0	0	312.500	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	400.000	0	0	0	0	0	0		400.000	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	13.100				13.100	0	0	13.100			131	13.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.000	0	0	15.000	1

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	312.500	312.500
Pensión	1	400.000	400.000
Riesgos Laborales	1	13.100	13.100
CCF	1	15.000	15.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	740.600	740.600

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	51945615	SANDRA ANGELICA CORDOBA GALVIS	crr 12 bis n 34 c 17 sur	0000000	sandracor48@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	18/12/2023	73272887	$740.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51945615	CORDOBA GALVIS SANDRA ANGELICA	59	0			N																	25-14	2.500.000	400.000	0	0	0	0	EPS008	2.500.000	312.500	14-23	2.500.000	1	13.100	CCF24	2.500.000	15.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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