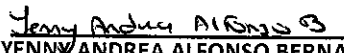
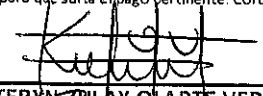


|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                            |                   | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR<br>TESORERIA                                                                                                                                  |                           |                          |                                                    | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 09/11/2016<br>Código: 15-02-FO-0002                                                                                 |                |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE SALUD |                          |     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|------|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                            |                   | KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   | C.C                                                                                                                                                                                                                                                          | X                         | C.E                      | NO.                                                |                                                                                                                                                        | 1018465743     |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO                                                                                                                                                                                                                                 |                           |                          |                                                    | CELULAR:                                                                                                                                               |                | 3166180614                                                                                                                                  |                          |     |      |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          | FO09                                               |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON<br>PROGRAMAS Y ACCIONES |                                                                                                                                                        | SEDE:          |                                                                                                                                             | Fontibon                 |     |      |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                              | %                         | Centro de costo          | %                                                  | Centro de costo                                                                                                                                        | %              | Centro de costo                                                                                                                             | %                        |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | FO09K26                                                                                                                                                                                                                                                      | 100%                      |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                |                   | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                          |                                                    | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                        |                | Ahorros                                                                                                                                     |                          |     |      |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                          |                   | 5704529 70029685                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | PENSIONADO                                                                                                                                  | NO                       |     |      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                     |                   | 5025-2019                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |                          |                                                    | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                                                               |                | 4 DE 4                                                                                                                                      |                          |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 665<br>500                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA                     | 21-05-2019<br>10-04-2019 | NÚMERO DE CRP                                      |                                                                                                                                                        | 27498<br>22944 | FECHA                                                                                                                                       | 31-05-2019<br>30-04-2019 |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                               |                   | Prestar servicios profesional a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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                        | 6                                                  | 2019                                                                                                                                                   |                |                                                                                                                                             | 30                       | 6   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                        |                   | \$3.254.893                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                  |                   | PIC                                                                                                                                                                                                                                                          |                           | RESERVA DE GLOSÀ 2%      |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$0                                                                                                                                         |                          |     |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | VALORES                                                                                                                                     |                          |     |      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$13.128.071                                                                                                                                |                          |     |      |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$12.694.083                                                                                                                                |                          |     |      |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$3.254.893                                                                                                                                 |                          |     |      |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$0                                                                                                                                         |                          |     |      |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | \$433.988                                                                                                                                   |                          |     |      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                | 97%                                                                                                                                         |                          |     |      |
| 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 \$2,070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                 | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD<br>12.5% IBC                                                                                                                                                                                                                                  | APORTE PENSION 16%<br>IBC | NIVEL<br>ARL             | APORTE<br>ARL                                      | TOTAL APORTES                                                                                                                                          |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| 35433505                                                                                                                                                                                                                                           | \$1.301.957,20    | \$162.745                                                                                                                                                                                                                                                    | \$208.313                 | 3                        | \$30.000                                           | \$401.058                                                                                                                                              |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    |                                                                                                                                                        |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |
| <br>YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                          |                                                    | <br>KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |                |                                                                                                                                             |                          |     |      |

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2  
Fecha de aprobación: 03/04/2017  
Código: 04-02-PO-0003



| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09                      |  | Sede: FONTIBON                                                                                                                                                                                                       |  |       |     |        |            |   |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|--------|------------|---|------|
| No. DE CONTRATO: 5025- 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     | Periodo certificado desde el                                              |  | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>2019</td> </tr> </table>                                                                                         |  | Día   | Mes | Año    | 1          | 6 | 2019 |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Mes | Año                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 6   | 2019                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO                                              |  | <table border="1"> <tr> <th>C. C.</th> <th>DE</th> <th>BOGOTA</th> </tr> <tr> <td>1018465743</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                 |  | C. C. | DE  | BOGOTA | 1018465743 |   |      |
| C. C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DE  | BOGOTA                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| 1018465743                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, 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.                         |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                  |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     | PROGRAMADO                                                                |  | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                               |  |       |     |        |            |   |      |
| Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y eventos de vigilancia en salud pública. Realizar demanda inducida de acuerdo al portafolio de servicios de la ESE.                                                                          |     | SI                                                                        |  | Se verifica la educación que se brinda al usuario durante los procedimientos.                                                                                                                                        |  |       |     |        |            |   |      |
| Conocer y realizar las actividades programadas en el servicio para la atención del usuario, teniendo en cuenta las normas técnicas y administrativas, guías, protocolos, lineamientos y procedimientos del área, vigentes.                                                                                  |     | SI                                                                        |  | Se verifica todos los lineamientos del manual técnico administrativo.                                                                                                                                                |  |       |     |        |            |   |      |
| Conocer y verificar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al paciente de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.                                                                                                                          |     | SI                                                                        |  | Se verifica procedimientos al realizar la vacunación a los usuarios.                                                                                                                                                 |  |       |     |        |            |   |      |
| Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural necesarios en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente. |     | SI                                                                        |  | Se realiza la verificación y fortaleciendo del manejo de las diferentes actividades de promoción y prevención de acuerdo a la población objeto del PAI.                                                              |  |       |     |        |            |   |      |
| Solicitar oportunamente al líder del área los recursos necesarios para la realización de las actividades programadas, y reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio al coordinador o Líder.                                                                                          |     | SI                                                                        |  | Se hace solicitud oportuna a la referencia del programa de acuerdo a las necesidades identificadas durante las actividades extramurales y de acuerdo a la necesidad de la localidad.                                 |  |       |     |        |            |   |      |
| Promover en su área de prestación de servicios la participación de la comunidad y de los diferentes actores locales, a favor de las actividades de salud.                                                                                                                                                   |     | SI                                                                        |  | Se realiza articulación con otros actores para el fortalecimiento del PAI en las diferentes localidades de la subred, según necesidad.                                                                               |  |       |     |        |            |   |      |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.                                                                                                                                      |     | SI                                                                        |  | Se diligencia de manera clara y oportuna los formatos asignados como SIS 151, censo de vivienda, con la calidad esperada y se apoya en la digitación de información de extramural al aplicativo PAI en conectividad. |  |       |     |        |            |   |      |
| Garantizar el cumplimiento de las metas programadas por la institución.                                                                                                                                                                                                                                     |     | SI                                                                        |  | Se realiza seguimiento al cumplimiento de las metas por parte del extramural.                                                                                                                                        |  |       |     |        |            |   |      |
| Mantener actitud amable, colaborativa y respetuosa con la comunidad y colaboradores de la institución.                                                                                                                                                                                                      |     | SI                                                                        |  | Se mantiene actitud amable y colaborativa con los demás colaboradores y la comunidad, de acuerdo a las normas internas de las instituciones visitadas.                                                               |  |       |     |        |            |   |      |
| Realizar cronograma de actividades mensual teniendo en cuenta el ajuste de las observaciones.                                                                                                                                                                                                               |     | SI                                                                        |  | Elaboración de cronograma de acuerdo a las actividades a desarrollar, relacionando las actividades adicionales según necesidad consignadas en las observaciones.                                                     |  |       |     |        |            |   |      |
| Cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad. Conocer y aplicar los correctos en la realización y aplicación de tratamientos, y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar, brindando la educación requerida.                                                                  |     | SI                                                                        |  | Se da cumplimiento a las normas de bioseguridad durante las actividades extramurales y de igual manera se verifica cumplimiento de las mismas en la subred.                                                          |  |       |     |        |            |   |      |
| Evaluar mensualmente los indicadores acceso, oportunidad y desarrollo en cada uno de los biológicos del programa.                                                                                                                                                                                           |     | SI                                                                        |  | Se realiza evaluación a los diferentes indicadores del programa.                                                                                                                                                     |  |       |     |        |            |   |      |
| Planeación, organización, seguimiento y evaluación de las jornadas de vacunación nacionales, distritales y locales, diseñando campañas de información con participación comunitaria.                                                                                                                        |     | SI                                                                        |  | Se realiza concertación con diferentes espacios para promover las jornadas de vacunación.                                                                                                                            |  |       |     |        |            |   |      |
| Realizar asistencia, seguimiento y evaluación a las estrategias del PAI, haciendo verificación de los componentes del programa (Cadena de frío, sistemas de información, gestión y administración, estrategias y vigilancia).                                                                               |     | SI                                                                        |  | Se verifica en todas las campañas de vacunación como seguimientos, casa casa, concentración.                                                                                                                         |  |       |     |        |            |   |      |
| Mantener control de las remesas de biológicos e insumos PAI y realizar los reportes de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos según el programa de Tecnovigilancia.                                                                                                                  |     | SI                                                                        |  | Durante el mes, se verifica aleatoriamente identificación de remesas de biológicos e insumos. Se verifica ingreso de todos los biológicos aplicados al sistema.                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| Realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la cadena de frío y diligenciamiento de formatos establecidos según normativa vigente.                                                                                                                                                           |     | SI                                                                        |  | Se realiza el diligenciamiento del kardex y la hoja de temperatura de las diferentes neveras.                                                                                                                        |  |       |     |        |            |   |      |
| Asistir y realizar reuniones programadas por la E.S.E y/o entidad territorial.                                                                                                                                                                                                                              |     | SI                                                                        |  | Se asiste a reuniones de acuerdo a la programación por parte de SDS y de la líder del programa. Programación, planeación y desarrollo de comité PAI extramural.                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| Elaborar informes con la periodicidad y características requeridas.                                                                                                                                                                                                                                         |     | SI                                                                        |  | Elaboración de informe extramural mes de MAYO.                                                                                                                                                                       |  |       |     |        |            |   |      |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.                                                                                                                                                                  |     | SI                                                                        |  | Se realiza cumplimiento del manual técnico administrativo de PAI 2015.                                                                                                                                               |  |       |     |        |            |   |      |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.254.693 (Tres millones doscientos cincuenta y cuatro mil ochocientos noventa y tres)                                                                                                                                                                                   |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| <br>KATERYN ZULAY OLARTE VERDUGO<br>cc. 2018465743                                                                                                                                                                                                                                                          |     | Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:<br>Jany Andrea Alvarado B |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |
| Note: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                 |     |                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                      |  |       |     |        |            |   |      |

U.B. Chd

|                     |                                 |                      |                  |                 |            |
|---------------------|---------------------------------|----------------------|------------------|-----------------|------------|
| Identificación      | 1018465743                      | Sucursal             | PRINCIPAL        | Teléfono        | 7627524    |
| Razón Social        | KATERYN ZULAY<br>OLARTE VERDUGO | Dirección            | CLL 106B No.2-40 | Fecha Pago      | 10/06/2019 |
| Clase de Aportante  | 1 - Independiente               | Ciudad               | BOGOTÁ, D.C.     | Periodo Salud   | Mayo 19    |
| Banco               | BANCO DAVIVIENDA                | No. Planilla         | 35433505         | Periodo Pensión | Mayo 19    |
| Total a Pagar       | \$403,000                       | Total Intereses Mora | \$0              | Estado          | Pagada     |
| Número Días en Mora | 0                               |                      |                  |                 |            |

| PENSION |          |           |           |               |            |                     |                      |                   |                    |              |                  |               |
|---------|----------|-----------|-----------|---------------|------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------------|--------------|------------------|---------------|
| Código  | Nombre   | NIT       | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotización | Voluntaria Afiliado | Voluntaria Empleador | Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Interés Mora | Total antes Mora | Total a Pagar |
| 230301  | Porvenir | 800224808 | 1         | \$1,302,000   | \$208,400  | \$0                 | \$0                  | \$0               | \$0                | \$0          |                  | \$208,400     |
| Totales |          |           |           | \$1,302,000   | \$208,400  | \$0                 | \$0                  | \$0               | \$0                | \$0          |                  | \$208,400     |

| SALUD   |               |           |          |               |            |     |              |                            |                     |                        |                 |               |                      |               |
|---------|---------------|-----------|----------|---------------|------------|-----|--------------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------|---------------|----------------------|---------------|
| Código  | Nombre        | Nit       | Afilados | Sumatoria IBC | Colización | UPC | Interés Mora | Autorización Incapacidades | Valor Incapacidades | Autorización Licencias | Valor Licencias | Saldo a Favor | Total antes de Pagar | Total a Pagar |
| EPS008  | Compensar EPS | 860066942 | 1        | \$1.302.000   | \$162.800  | \$0 | \$0          |                            | \$0                 |                        | \$0             | \$0           | 162800               | \$162.800     |
| Totales |               |           |          | \$1.302.000   | \$162.800  | \$0 | \$0          |                            | \$0                 |                        | \$0             | \$0           | \$162.800            | \$162.800     |

| INFORMACION ARP |          |           |           |               |            |              |                          |               |                            |                  |               |
|-----------------|----------|-----------|-----------|---------------|------------|--------------|--------------------------|---------------|----------------------------|------------------|---------------|
| Código          | Nombre   | Nit       | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotización | Interés Mora | Valor Total Inapacidades | Saldo a Favor | Valor Pagado Otros Riesgos | Total antes Mora | Total a Pagar |
| 14-11           | ARL SURA | 890903790 | 1         | \$1.302.000   | \$31.800   | \$0          |                          |               |                            | 31800            | \$31.800      |

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion