Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.072.338.819				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN EN EL PROCESO DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3091 de 2024	FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.148.480	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.143.560		
Nº DE INFORME:	8	Nº CRP:	40793	Nº CDP:	3070
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO MESES 8				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACION				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	948	CRP DE LA ADICIÓN:	23162	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1405	CRP DE LA ADICIÓN:	25596	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1743	CRP DE LA ADICIÓN:	30019	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2237	CRP DE LA ADICIÓN:	34056	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2635	CRP DE LA ADICIÓN:	37778	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3070	CRP DE LA ADICIÓN:	40793	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes).

ITEM	
1	SE APOYA EN DAR RESPUESTA A LOS REQUERIMIENTOS DE AGILSALUD PERSONERIA 1.AUTO 286: SOLICITAN ETAPA CONTRACTUAL Y ADICIONES PRESUPUESTALES DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS: 02-BS-0013-2021 SMITH & NEPHEW, 02-BS-0085-2020 CENTRO MEDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVAEZ SAS,02-BS-0087-2021 QUINBERLAB S.A.S,02-BS-0114-2019 FUNDACION SALUD MEDICINA GESTINADA E INTEGRATIVA, 02-BS-0128-2020 UNIÓN TEMPORAL ALIADOS TF, 02-BS-0174-2021 DIAGNOSTICA SOLUCIONES SAS, 02-BS-0282-2020 SOPORTE VITAL S.A, 02-BS-0286-2019 SERVISUAL S.A.S 2.AUTO 724: SOLICITAN ETAPA PRECONTRACTUAL, MINUTA DEL CONTRATO INICIAL Y MODIFICACIONES DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS: 02-BS-002-2023 BUSCAMOS SAS, 02-BS-0013-2021 SMITH & NEPHEW, 02-BS-0029-2022 IDCBIS, 02-BS-0034-2022 Rafael Antonio Salamanca, 02-BS-0057-2022 Rafael Antonio Salmanca, 02-BS-0085-2020 CENTRO MEDICO OFTALMOLÓGICO Y LABORATORIO CLÍNICO ANDRADE NARVAEZ SAS, 02-BS-0114-2019 FUNDACION SALUD MEDICINA GESTINADA E INTEGRATIVA, 02-BS-0128-2020 UNIÓN TEMPORAL ALIADOS TF, 02-BS-0135-2021 AUTOS MONGUI SAS, 02-BS-0142-2022 ICU MEDICAL COLOMBIA LTDA, 02-BS-0185-2021 TECNICA ELECTROMEDICA S.A, 02-BS-0219-2021 NUTRISER COLOMBIA SAS, 02-BS-300-2020 UNION TEMPORAL STC-2020. PROCURADURÍA 3.CE-22457: SOLICITAN COPIA DEL CONTRATO INICIAL, RESOLUCION Y ACTAS DE COMITE DE LOS SIGUIENTES CONTRATOS: 02-BS-0041-2021 MIROAL INGENIERIA S.A.S, 02-BS-0104-2022 - OMICRON DEL LLANO, 02-BS-0105-2022 - CONSORCIO BYG SAN BLAS 008 .
2	ESCANER Y CARGUE DE SOLICITUDES DE MODIFICACION COMO ADICIONES, PRORROGAS Y OTROS DE LOS CONTRATOS A VENCER EN EL MES DE SEPTIEMBRE
3	ESTA ACTIVIDAD NO FUE REQUERIDA EN ESTE PERIODO
4	SE PROCEDE A ESCANEAR Y CARGAR COMPROBANTES DE EGRESOS EN EL APLICATIVO SECOP II DE LOS MESES MAYO, JUNIO Y JULIO
5	SEGUIMIENTO A MODIFICACIONES PUBLICADAS EN DICHO MES DE SEPTIEMBRE Y DESPUES DE ACEPTADAS POR EL POVEEDOR PUBLICARLAS EN EL APLICATIVO SECOP II
6	SE REALIZA ACTAS DE COMITÉ NUMERO 5 Y 6 DEL AÑO 2024, CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES Y FIRMAS
7	SE REALIZA APOYO AL AREA DE SELECCIÓN EN EL PROCESO DE CONTRATACION DE PERSONAL PARA LA ENTIDAD, VERIFICACION DE DOCUMENTACION Y VALIDACION DE HOJAS DE VIDA EN SIDEAP.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	79490656	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09/09/2024	$ 163.000
PENSIÓN:	PORVENIR	09/09/2024	$ 208.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/09/2024	$ 31.800
OTRO	COMPENSAR	09/09/2024	$ 7.900
TOTAL PAGADO			$ 411.400

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA
CC: 1072338819
CEL: 3213928446

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/09/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA	**CC:**	1072338819
		RUT (NIT):	14918496039
CORREO ELECTRÓNICO:	dayankarolaytriana@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3213928446
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 107A # 70-49 PISO 2	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**57400118388**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3091 2024**	**N° CDP:**	**3070**	**N°. RP:**	**40793**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/09/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 25.148.480**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2024 AL 30//09/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					

DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA
C.C 1072338819
cel: 3213928446

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.072.338.819

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN EN EL PROCESO DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3091 de 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.148.480		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.143.560
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(8 de 8)	**Nº CRP INICIAL:**	16977	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	316
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	79490656	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	BIENES Y SERVICIOS - DIRECCION DE CONTRATACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACION				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (6)	**TIPO DE MODIFICACION (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (948)	**RP DE LA ADICIÓN:**	23162	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (1405)	**RP DE LA ADICIÓN:**	25596	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (1743)	**RP DE LA ADICIÓN:**	30019	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (2237)	**RP DE LA ADICIÓN:**	34056	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (2635)	**RP DE LA ADICIÓN:**	37778	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	Nº (3070)	**RP DE LA ADICIÓN:**	40793	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNO (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

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

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2024) AL (30/09/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
DIRECTORA DE CONTRATACION

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	1072338819	DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA	CARRERA 107A # 70-49 PISO 2	3213928446	dayankarolaytriana@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79490656	$411.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	4	700	0	208.700	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	31.700				31.700		100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.800	4	100	7.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.700
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	7.800	7.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	411.400

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	1072338819	DAYAN KAROLAY TRIANA SAAVEDRA		CARRERA 107A # 70-49 PISO 2	3213928446	dayankarolaytriana@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79490656	$411.400	

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	Economía	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	1072338819	TRIANA SAAVEDRA DAYAN KAROLAY	59	0			N																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	7.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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