CIUDAD: Bogotá

FECHA: 31 de Diciembre 2024

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: Yeimmy Alexandra Garnica Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.015.417.938

CONTRATO No.: ADRES-CPS-666-2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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 2024 **HASTA:** 31 de Diciembre de 2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS m/cte ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 74 C # 70 21

TELÉFONO: 3008502241



FIRMA
C.C 1015417938

Contrato No.	ADRES-CPS-666-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE	**Teléfono / Extensión**	3003750034
Dependencia	Direccion de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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	05 de Agosto de 2024	**Fecha de Terminación**	31 de Diciembre de 2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	01 de Diciembre de 2024	**Hasta**	31 de Diciembre de 2024
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	Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito,	Se realizo la revisión de los soportes presentados por la entidad recobrante a la ADRES de la muestras seleccionada de los paquetes correspondientes en las siguientes matrices de recobros: -BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer.	NOVIEMBRE - I ITEM – 50 ITEMS DE 45 RADICADOS -BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE - 450 ITEMS 394 RADICADOS -SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11 – 250 ITEMS DE 250 RADICADOS		
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registraron los resultados de las tareas adelantadas en las herramietas y formatos aplicables para el fin de acuerdo con los alcances y la instruccion definida por el supervisor del contrato y la respectiva coordinacion de grupo en las siguientes matrices de recobros: -BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM – 50 ITEMS DE 45 RADICADOS -BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE - 450 ITEMS 394 RADICADOS -SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11 – 250 ITEMS DE 250 RADICADOS	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A
3	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	la auditoria de las siguientes matrices de recobros: -BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM – 50 ITEMS DE 45 RADICADOS -BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	establecidos normativamente y/o a los indicados.	DICIEMBRE - 450 ITEMS 394 RADICADOS -SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11 – 250 ITEMS DE 250 RADICADOS		
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección de otras prestaciones.	los paquetes verificados. Se realizo la revisión de los soportes presentados por la entidad recobrante a la ADRES de la muestra seleccionada de los paquetes correspondientes en las siguientes matrices de recobros: -BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM – 50 ITEMS DE 45 RADICADOS -BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE - 450 ITEMS 394 RADICADOS -SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11 – 250 ITEMS DE 250 RADICADOS	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participo activamente en capacitaciones del mes de Diciembre de 2024 -Seguimiento de recobros 10122024	Se anexan obligaciones 5	N/A
6	Informar oportunamente al líder del proceso, 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	Durante la validación de los paquetes de recobros no se identificaron anomalías. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	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.	BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11		
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	En el periodo objeto de cobro no se evidenciaron hallazgos en la revisiones de calidad de los paquetes verificados. -BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA JEYMMI 25 AL 29 DE NOVIEMBRE - I ITEM – 50 ITEMS DE 45 RADICADOS -BASE DE TRABAJO SURA HOJA 9 JEIMMY DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE - 450 ITEMS 394 RADICADOS -SALUD TOTAL REPROCESO - VALIDACION DEL 9 AL 11 – 250 ITEMS DE 250 RADICADOS	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 28.505.330	COP 22.044.122	COP 5.701.066	COP 0	COP 760.142

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS m/cte ($ 5.701.066)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	82587340	285.100	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
Pensión	82587340	365.000	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
ARL	82587340	12.000	1/12/2024	31/12/2024	11/12/2024

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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
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:

EDINSON MAURICIO HERNANDEZ ENRIQUE
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

[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-666-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZÁLEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE	**Extensión el Supervisor**	3003750034
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, 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	05/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	05/08/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$ 28.505.330
Valor adiciones	$ 0
Valor total incluidas las adiciones	$ 28.505.330
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$ 22.044.122
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 5.701.066
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$0
Valor a liberar	$ 760.142
Valor liberado	$0
Valor total ejecutado	$27.745.188

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** como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
4-44-101215720	Cumplimiento de contrato	$ 7.126.332,50	07/06/2023	05/07/2024

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

N⁄A	N⁄A

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

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

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 (*)
-	-	-

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 5/08/2024 al 31/08/2024

b) Del período comprendido entre el 1/09/2024 al 30/08/2024

c) Del período comprendido entre el 1/10/2024 al 31/10/2024

d) Del período comprendido entre el 1/11/2024 al 30/11/2024

e) Del período comprendido entre el 1/12/2024 al 31/12/2024

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
Sin documentos, equipos, elementos y/o aplicativos por entregar	☒	☐

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:

EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE
Supervisor/Interventor

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

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	1015417938	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ	CL 74 A 70 21	9090031	ALEXANDRA.GONZALEZ0510 @GMAIL.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82587340	$662.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	285.100	0		0		0	0	0	0	285.100	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	365.000	0	0	0	0	0	0		365.000	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	12.000				12.000	0	0	12.000			120	12.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	285.100	285.100
Pensión	1	365.000	365.000
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	662.100	662.100

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
CC	1015417938	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ		CL 74 A 70 21	9090031	ALEXANDRA.GONZALEZ0510@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-12	2024-12	I	11/12/2024	82587340	$662.100	

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	1015417938	GARNICA GONZALEZ YEIMMY ALEXANDRA	59	0			N																	230301	2.280.800	365.000	0	0	0	0	EPS002	2.280.800	285.100	14-23	2.280.800	1	12.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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