Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X	C.E			No.	1077969352			
CORREO ELECTRONICO:	camilorincon352@gmail.com						CELULAR:	3015483869			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY						SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10J02	20	BO37J02	20	FO03J02-CV19	60					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008480343949						PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3526			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	6407	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-01		2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$11,037,870				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$109,397,556
VALOR EJECUTADO	$109,397,556
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$11,037,870
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9480381076	$4,415,148	$551,894	$706,424	3	$107,553	$1,365,870

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	1) Realizo las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	2) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	3) Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	4) Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE
Participar en la programación de actividades del área.	5) Participo en la programación de actividades del área.	CUANDO SE REQUIERA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	6) Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	7) Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE REQUIERA
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	8) Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	ORDENES MEDICAS
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	9) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	10) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	11) Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	CUANDO SE REQUIERA
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	12) Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	13) Emito conceptos médicos que se le requieran.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	15) Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - ORDENES MEDICAS
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	16) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	FORMATO INSTITUCIONAL
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	17) Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	CUANDO SE REQUIERA
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	18) Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	CUANDO SE REQUIERA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	19) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	CUANDO SE REQUIERA
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	20) Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales.	CUANDO SE REQUIERA
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	21) Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SISTEMA DE INFORMACION
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	22) Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	CUANDO SE REQUIERA
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	23) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	24) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO SE REQUIERA

VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ
87712270
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077969352		RINCON SUAREZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4b # 4a-36 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3238278810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1200739315	9480381076	I	2025/01/15	2025/01/17	BANCO DAVIVIENDA	2	$1,368,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,418,000	$706,900			$4,418,000	$552,300			$0	$0			$4,418,000	$107,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,418,000	$706,900			$4,418,000	$552,300			$0	$0			$4,418,000	$107,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,418,000	$706,900			$4,418,000	$552,300			$0	$0			$4,418,000	$107,700		$0	$0
1	CC 1077969352	RINCON CAMILO	25-14	30	$4,418,000	$706,900	EPS005	30	$4,418,000	$552,300		0	$0	$0	14-11	30	$4,418,000	$107,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,418,000	$706,900			$4,418,000	$552,300			$0	$0			$4,418,000	$107,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077969352		RINCON SUAREZ CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 4b # 4a-36 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3238278810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1200739315	9480381076	I	2025/01/15	2025/01/17	BANCO DAVIVIENDA	2	$1,368,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$706,900	$900	$0	$707,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$706,900	$900	$0	$707,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$107,700	$200	$0	$107,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$107,700	$200	$0	$107,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$552,300	$700	$0	$553,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$552,300	$700	$0	$553,000
TOTAL				1	$1,366,900	$1,800	$0	$1,368,700

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	02. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	02. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	03. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	03. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	04. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	04. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	05. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	05. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	06. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	06. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 ADICIONALES.pdf	06. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 ADICIONALES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	07. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	07. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	08. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	08. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	09. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	09. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	10. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	11. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	11. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	12. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	12. 3526 - 2024 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ
NIT: 1077969352-8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 70 69 I 21, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001
Tel. 3138179975
Email. SIICSAS1@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764081518057 válida desde 2024-10-15 hasta 2026-10-15 rango desde FE1 hasta FE50.

Cliente: SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.
NIT : 900959048
Dirección: CALLE 9 No 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013849160
Email: contactenos@subredsuroccidente.gov.co

Tipo de negociación: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 01/02/2025
Total de Lineas: 2

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : **FE4**
MONEDA: **COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN: **08:31:16-05:00**
FECHA FIRMADO: **17/01/2025 08:31:19**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	01	2025	01	02	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS USS HOSPITAL FONTIBON POR CONCEPTO SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIO II HONORARIOS USS HOSPITAL FONTIBON POR CONCEPTO SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIO II	HUR	192,00	$40.881,00				0,00	$7.849.152,00
2	002	HONORARIOS HORAS ADICIONALES USS FONTIBON - USS KENNEDY - USS BOSA / SERVICIO MEDICINA INTERNA II HONORARIOS HORAS ADICIONALES USS FONTIBON - USS KENNEDY - USS BOSA / SERVICIO MEDICINA INTERNA II	HUR	78,00	$40.881,00				0,00	$3.188.718,00

Notas:

SON: (once millones treinta y siete mil ochocientos setenta pesos)
CUFE: d251302c3d913712e618b31ccb6c3c376e6e6214a5944a2b2ba559b594ff1d25d80b572b457de46b1880a89ac272cb0a

Subtotal:	$11.037.870,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$11.037.870,00

Firma Digital: BmI93ahT3tKXMRAxaDEhbVJSqCse3sYXb0QWcqrzl0RiF4Nxj3xT5cpDlLVE7Ki1
hqQFQLG62olyCJMqNblEXkFVpg63PRS2JK0rHbaxxAU0M76/9z
nBCPcLTcH8OPrA dQkWiwFNXNU+WviQ9cIc4Mn0pY2g3jC38XF8Z6yt5Azj9s2F4JU9Wlk0EwkFagav ElrgkxCbCRj1LkPda4r0R8flgdphj0wfvtd
XW7QhmKy+pK1g295PdKDoAFHhwpn3 jcE5mC3XAjU1CpcHaDm2dmoceVP9M+z+9tWVHkxrvxFyGVZPqKn3SlzIhxw9nRq4 8Dy/dPG6b4U+dcJG4vve
jw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

CAMILO ANDRES RINCON SUAREZ
NIT: 1077969352-8
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 70 69 I 21, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001
Tel. 3138179975
Email. SIICSAS1@gmail.com

Cliente: SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.
NIT : 900959048
Dirección: CALLE 9 No 39 - 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013849160
Email: contactenos@subredsuroccidente.gov.co

Tipo de negociación: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 05/02/2025
Total de Lineas: 1

NOTA CRÉDITO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: NCSB1
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 10:13:28-05:00
FECHA FIRMADO: 05/02/2025 10:13:32

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
05	02	2025	05	02	2025

DOCUMENTOS RELACIONADOS

No. Documento:	FE4	**Tipo:**	Factura	**Fecha:**	17/01/2025
CUFE/CUDE:	d251302c3d913712e618b31ccb6c3c376e6e6214a5944a2b2ba559b594ff1d25d80b572b457de46b1880a89ac272cb0a				

CONCEPTOS DE LA NOTA

Código	Descripción
4 - Ajuste de precio	AJUSTE DEL VALOR A FACTURA POR PRESUPUESTO

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS USS HOSPITAL FONTIBON POR CONCEPTO SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIO II HONORARIOS USS HOSPITAL FONTIBON POR CONCEPTO SERVICIOS MEDICO HOSPITALARIO II	HUR	28,00	$40.881,00				0,00	$1.144.668,00

Notas:
AJUSTE DEL VALOR A FACTURA POR PRESUPUESTO

SON: (Un millon ciento cuarenta y cuatro mil seiscientos sesenta y ocho pesos)
CUDE: a87ae029243bcdca71b79e5ee48d848800a7e8da9790933b94c9ab03bac2e6de25ef10aaf728058958a56a0442c142bd

Subtotal:	$1.144.668,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$1.144.668,00

Firma Digital: BbRVa+BMVW4uDM8xSfnzVIB37jOrhJIGDkSBEzCjYqwIuiSjNDG0qf3ITYQO/Opq
A8nQJ37hc5D/XRl6cF6p/CJWztM1Yyw/qgnYX4nzgXCDbyLssn
uOkXr5VpwWe2lQ 8M0utaoYJ/2rsBVtFliDtTNTcB7c/BaFUP5pXy66DkvBmR1ExS+SK1/DlS+MQYCw 4IRTYIe9x0C2okccDSllEhXIx5ZrY2FtESe
dr9kKD6Mj5RieiaYhUVaYiFpfd5ei 3gVKor/xf6cjM9VxM/lMdUhexTrDM7VscO8FXFba9oRO6HzlAmrZbykYNx7LPc3O b1cayyme5u4qBILjyDZ/
cg==

Representación Gráfica de la Nota de Credito Electrónica.