CIUDAD: Bogota D.C

FECHA: 3/03/2025

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: DIEGO DAVID RESTREPO BARRIOS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 92.559.197

CONTRATO No.: **ADRES-CPS-284-2025**

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, control 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos y solicitud de veracidades ID-020-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/02/2025 **HASTA:** 28/02/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE ($6.043.130,00)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 17 No. 05 este 35 Apto. 303 T 02

TELÉFONO: 3103365215

FIRMA
C.C. 92559197

ADRES	**PROCESO**	**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**	**CÓDIGO**	**GCON-FR01**
	FORMATO	**INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO**	**VERSIÓN**	**03**
			FECHA	**10/05/2021**

Contrato No.	**ADRES-CPS-284-2025**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIEGO DAVID RESTREPO BARRIOS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	LUISA FERNANDA DÍAZ GONZÁLEZ	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, control 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos y solicitud de veracidades ID-020-DOP .		
Fecha de Inicio	30/01/2025	**Fecha de Terminación**	29/09/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/02/2025	**Hasta**	28/02/2025
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	**Actividad desarrollada**	**Producto y/o Entregables**	**Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación**
1	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y	Se efectuó la revisión y auditoria del periodo de radicación del 16 al 30 de noviembre y del 01 al 15 de diciembre de 2024, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 1”	**N/A**

	catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.			
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 registran las glosas de la auditoria integral del periodo de radicación del 16 al 30 de noviembre y del 01 al 15 de diciembre de 2024, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 2”	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 establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplieron con las metas establecidas para la auditoria integral del periodo de radicación del 16 al 30 de noviembre, y del 01 al 15 de diciembre de 2024, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 3”	N/A
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 o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito	Durante el periodo se desarrollaron los siguientes procedimientos en auditoria de indemnización de personas naturales: - legibilidad y captura de 126 reclamaciones del periodo de radicación del 16 al 30 de noviembre 2024 y 43 reclamaciones del periodo del 01 al 15 de diciembre, - Comunicaciones de resultado del paquete 30004 y 30012	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 4”	N/A

	ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió a las siguientes capacitaciones y/o reuniones virtuales. - 19 de febrero de 2025, en la franja horaria de 14:30 pm- 15:30 pm (temas varios AUD. PN) - 25 de febrero de 2025, en la franja de 14:57 pm a 15:30 pm (cuenta de cobro vigente para el 2025) - 27 de febrero de 2025, en la franja de 14:30 pm a 16:30 pm (Reunión abogados DOP)	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 5”	N/A
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	N/A	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	N/A	N/A

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



DIEGO DAVID RESTREPO BARRIOS
Firma del Contratista
Fecha: 3/03/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 48.345.040,00	$201.437,67	$6.043.130,00	$0	$42.100.472,33

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de **SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS CON CERO CENTAVOS M/CTE ($6.043.130,00)**

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9482601407	$302,200	01/02/2025	28/02/2025	03/03/2025
Pensión	9482601407	$386,800	01/02/2025	28/02/2025	03/03/2025
ARL	9482601407	$12,700	01/02/2025	28/02/2025	03/03/2025

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: N/A

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	N/A
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:



Firmado por Luisa Fernanda Diaz Gonzalez el 05/03/2025 a las 07:14:16 COT

LUISA FERNANDA DÍAZ GONZÁLEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 3/03/2025

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

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 92559197		RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No. 05 este 35	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1307761112	9482601407	I	2025/03/25	2025/03/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$701,700

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)					$2,417,500	$386,800			$2,417,500	$302,200			$0	$0			$2,417,500	$12,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,417,500	$386,800			$2,417,500	$302,200			$0	$0			$2,417,500	$12,700		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$2,417,500	$386,800			$2,417,500	$302,200			$0	$0			$2,417,500	$12,700		$0	$0
1	CC	92559197	RESTREPO DIEGO	25-14	30	$2,417,500	$386,800	EPS008	30	$2,417,500	$302,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,417,500	$12,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,417,500	$386,800			$2,417,500	$302,200			$0	$0			$2,417,500	$12,700		$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 92559197		RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No. 05 este 35	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1307761112	9482601407	I	2025/03/25	2025/03/03	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$701,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$386,800	$0	$0	$386,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$386,800	$0	$0	$386,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,700	$0	$0	$12,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,700	$0	$0	$12,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$302,200	$0	$0	$302,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$302,200	$0	$0	$302,200
TOTAL				1	$701,700	$0	$0	$701,700

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Bogotá D.C., 03 de marzo de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Diego David Restrepo Barrios	92,559.197

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-284-2025
Fecha de Inicio: 30/01/2025 Fecha de Terminación: 29/09/2025
Valor total del Contrato: $48.345.040 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $6.043.130,00

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☐ NO ☒

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

---

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



Firma:
Diego David Restrepo Barrios
Cédula de ciudadanía No. 92,559.197 de Corozal
Bogotá D.C., 03 marzo 2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14747252998

(415)7707212489984(8020) 000001474725299 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 2 5 5 9 1 9 7	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	9 2 5 5 9 1 9 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Sucre 7 0	Corozal 2 1 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RESTREPO	BARRIOS	DIEGO	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal
CL 23 5 27 CA 6 IN 14

42. Correo electrónico dida2611@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 3 6 5 2 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 3 1 0 0 1	6 9 1 0	2 0 1 1 0 2 2 2	7 4 9 0 / 8 2 9 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-01-2025 06:29:11PM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO