| Boyacá | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
|---|---|---|
| | | CÓDIGO: A-AD-GC-F-034 |
| ACTA DE RECIBO FINAL A SATISFACCIÓN | | FECHA: 24/Jul/2019 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA PRESENTE ACTA | 11 de abril de 2025 | | |
| CONTRATO X CONVENIO __ | No. 1204 - | DE FECHA: 22/03/2024 | |
| OBJETO | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA LA CONCURRENCIA DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN APLICACIÓN AL PRINCIPIO DE COMPLEMENTARIEDAD N° 63 | | |
| CONTRATISTA | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI - BOYACÁ | NIT: 820.003.291-5 | |
| | R/L: IBETH MILENA PARRA CARO | C.C: 52717256 | |
| INTERVENTOR __ SUPERVISOR X | ANA MARCLEA NIÑO DIAZ | C.C: 1116543107 | |
| VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO: | VALOR INICIAL: | | $35.000.000 |
| | APORTE DEPARTAMENTO: | | $ 0.00 |
| | APORTE DE CONTRAPARTE | | $ 0.00 |
| ADICIONAL N° N/A | VALOR | | $ 0.00 |
| ADICIONAL N° N/A | VALOR | | $ 0.00 |
| VALOR TOTAL CON ADICIONES | | | $35.000.000 |
| PLAZO INICIAL | El plazo de ejecución del presente contrato será a partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2024 | | |
| PRORROGA N° N/A | Tiempo: N/A | De Fecha: | N/A |
| PRORROGA N° N/A | Tiempo: N/A | De Fecha: | N/A |
| PLAZO TOTAL | El plazo de ejecución del presente contrato será a partir del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2024 | | |
| FECHA DE INICIACIÓN | 01/04/2025 | | |
| ACTA DE SUSPENSIÓN N° N/A | De Fecha: N/A | | |
| ACTA DE REINICIACIÓN N° N/A | De Fecha: N/A | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 30 de diciembre de 2024 | | |
| FECHA DE TERMINACIÓN REAL | No aplica | | |
| PERIODO AUTORIZADO A PAGAR | Del 1/09/2024 a 30 /12/2024 | | |
| RBPP N° | 2023 00415 0314 | | |

N°s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: RPC No: 2288 AÑO: 2024

En las oficinas de la Secretaría de Salud de Boyacá se reunieron los señores, ANA MARCELA NIÑO DIAZ, Interventor / Supervisor, y el señor (a) IBETH MILENA PARRA CARO, como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, características y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, Pensión, Riesgos profesionales y Parafiscales de acuerdo a la(s) planilla (s) N° No aplica del mes (es) No aplica de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

| | |
|---|---|
| Valor Anticipo | $ 0,00 |
| Sumatoria Amortizaciones | $ 0,00 |
| Saldo por Amortizar | $ 0,00 |

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

BALANCE DE PAGO

| CONCEPTO | DEBE | HABER |
|---|---|---|
| Valor del contrato o Convenio | $35.000.000 | |
| Amortización Anticipo | | |
| Valor a pagar de la presente acta | | $3.431.000 |
| Valor total actas pagadas | | $24.500.000 |
| Saldo sin ejecutar (Liberar por el Departamento) | | $7.069.000 |
| Valor a Reintegrar al Departamento (Cuando aplique) | | $0 |
| Sumas iguales | $35.000.000 | $35.000.000 |

*Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiación debe discriminarse el balance por cada fuente según hoja anexa (fuentes de financiación- Balance), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA:

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CUENTA: 268-05035-8 | BANCO: Banco de Bogotá | AHORROS: | CORRIENTE: X |

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES:

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: ANA MARCELA NIÑO DIAZ
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: R/L: IBETH MILENA PARRA CARO
CONTRATISTA: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI -BOYACÁ

* Si se requieren se pueden adicionar más firmas.

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda). Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

Gobernación de Boyacá
Contratación

REVISADO
CARLOS SEBASTIAN APONTE ORTIZ
Fecha: 13/06/2025

Banco de Bogotá

Dirección general
Bogotá D.C. Calle 36 # 7- 47
www.bancodebogota.com

**BANCO DE BOGOTA**
**NIT. 860.002.964-4**

**INFORMA QUE:**

EL **E.S.E. PUESTO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI,** NIT. 820.003.291-5 es titular de la cuenta de corriente **268-05035-8,** con fecha de apertura 29 de junio del 2001. No genera rendimientos financieros; a la fecha se encuentra activa, vigente y normal.

Se expide en Tunja a los cinco (05) días del mes de mayo de 2025 a solicitud del interesado.

Banco de Bogotá
OF. GOJA BCA DE BOYACA OCCIDENTAL
EJECUTIVO COMERCIAL

**CLAUDIA ISABEL BARRETO SOLER**
Ejecutivo Banca Oficial Boyaca

Banco de Bogotá

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Mejor Banco en Colombia 2022:** • Euromoney • Global Finance | **Great Place To Work 2022** | **EFR 2022** | **Sustainability Yearbook 2022**

**Estamos para usted**
**Pyme:** 60 1 364 7400
**Empresas:** 60 1 607 9006

Queremos brindarle el mejor servicio, contamos con la Defensoría del Consumidor Financiero la cual podrá contactar de **lunes a viernes de 8:00 a.m a 5:30 p.m.** al teléfono fijo: **601 332 0101**, celular **(+57) 318 373 00 77,** correo electrónico **defensoriaconsumidorfinanciero@bancodebogota.com.co**, o en la dirección **Calle 36 No. 7 – 47 piso 5** en la ciudad de **Bogotá D.C.** Consulte el procedimiento para presentar una queja y las funciones que ejerce el Defensor del Consumidor Financiero **ingresando a www.bancodebogota.com/defensordelconsumidor**

**LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI**

**CERTIFICA:**

Que, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI-BOYACA, Identificada con Nit 820003291-5, se encuentra a PAZ Y SALVO, en el pago de Aportes a Seguridad Social Salud, Pensión, Riesgos laborales y Parafiscales desde el 1 de abril de 2024 hasta el 30 de diciembre de 2024.

La presente se expide en Maripi, a los seis (06) días del mes de mayo de 2025

**IBETH MILENA PARRA CARO**
**Gerente**
ESE RAFAEL SALGADO MARIPI

# Empresa Social Del Estado Centro de Salud Rafael Salgado Maripi

**No responsable de IVA**

**Responsabilidad Fiscal: R-99-PN - No Aplica - Otros * Act. Económica: 8621**

Calle 5 #03-27 Teléfono: 3123866220 **NIT: 820003291-5**

**Factura Electrónica de Venta** **No. FE397165** Fecha emisión 06/05/2025

Autoriza DIAN 18764087967129, Fecha: 2025-01-31 hasta 2026-01-31, Prefijo FE, Factura 395476 al 404040.



Empresa: DEPARTAMENTO DE BOYACA NIT: 891800498-1

Contrato: - DEPARTAMENTO DE BOYACA -

Forma de Pago: Crédito Medio de Pago: Otro* Fecha de Pago: 04/08/2025

| Código | Servicios | Valor unitario | Cantidad | Valor pagar |
|---|---|---|---|---|
| CAP | PAGO FINAL DEL CONTRATO 1204-2024 | 3,431,000.00 | 1.00 | 3,431,000.00 |

**Valor total factura electrónica #FE397165** 3,431,000.00

Valor del copago o cuota moderadora:

0.00

Valor a pagar por: - DEPARTAMENTO DE BOYACA - **3,431,000.00**

Valor EN LETRAS: TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE

IPS Centrodesaludrafaelsalgado@gmail.com

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art.774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobrarán intereses por mora.

Número Cuenta: 268050358 Entidad Bancaria: BANCO BOGOTA - Corriente

CUFE: 3d2a643808cf4f9b4e127d35206b236414881b56b28d9fcea610c7100d4e4c231458c12e9a6dedb403c5d98a198358b4

Documento generado el 06/05/2025 11:18 por el Proveedor Tecnológico NOVA CORP SAS con NIT 830074854 en asocio con Rocky S.A.S.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141143464873

(415)7707212489984(8020) 000014114346487 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 3 2 9 1 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

**IDENTIFICACIÓN**

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona jurídica 1 | | | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

35. Razón social

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD RAFAEL SALGADO MARIPI - BOYACÁ

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

**UBICACIÓN**

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Maripí 4 4 2 |

41. Dirección principal

CL 5 3 27

42. Correo electrónico centrodesaludrafaelsalgado@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 3 4 8 2 7 1 8 0 | 3 2 0 2 2 9 8 7 6 2 |

**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 |
| 8 6 2 1 | 1 9 9 8 1 2 0 2 | | | | | |

**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 | 6 | 7 | 9 | 1 | 4 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

06- Ingresos y patrimonio.

07- Retención en la fuente a título de rent

09- Retención en la fuente en el impuesto

14- Informante de exogena

52 - Facturador electrónico

| 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 PARRA CARO IBETH MILENA

985. Cargo Representante legal Certificado

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141143464873

(415)7707212489984(8020) **000014114346487 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 3 2 9 1 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja | 2 0 | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 3 | 63. Formas asociativas | | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados | 2 3 |
| 65. Fondos | | 66. Cooperativas | | 67. Sociedades y organismos extranjeros | |
| 68. Sin personería jurídica | | 69. Otras organizaciones no clasificadas | | 70. Beneficio | 2 |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | 0 2 | |
| 72. Número | 0 2 2 | |
| 73. Fecha | 1 9 9 8 1 2 0 4 | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | 9 8 | |
| 76. Fecha de registro | 1 9 9 8 1 2 0 4 | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | 1 9 9 8 1 2 0 4 | |
| 81. Hasta | 2 0 9 9 1 2 3 1 | |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | 1 0 0 % |
| 83. Nacional público | 1 0 0 . 0 % |
| 84. Nacional privado | 0 . 0 % |
| 85. Extranjero | 0 % |
| 86. Extranjero público | 0 . 0 % |
| 87. Extranjero privado | 0 . 0 % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control: Superintendencia Nacional de Salud — 1 0

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | Año Mes Día | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Representación

001

Página 3 de 4 **Hoja 3**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141143464873

(415)7707212489984(8020) **000014114346487 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 8 2 0 0 0 3 2 9 1 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

**Representación**

**1**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| REPRS LEGAL PRIN 1 8 | 2 0 2 4 0 4 0 1 |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadaní 1 3 | 5 2 7 1 7 2 5 6 | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PARRA | CARO | IBETH | MILENA |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**2**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**3**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**4**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

**5**

| 98. Representación | 99. Fecha inicio ejercicio representación |
|---|---|
| | |

| 100. Tipo de documento | 101. Número de identificación | 102. DV | 103. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 104. Primer apellido | 105. Segundo apellido | 106. Primer nombre | 107. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 108. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 109. DV | 110. Razón social representante legal |
|---|---|---|
| | | |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Revisor Fiscal y Contador

001



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141143464873

(415)7707212489984(8020) **000014114346487 3**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| | | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

**Revisor Fiscal y Contador**

**Revisor fiscal principal**

| 124. Tipo de documento | 125. Número de identificación | 126. DV | 127. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 128. Primer apellido | 129. Segundo apellido | 130. Primer nombre | 131. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 132. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 133. DV | 134. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 135. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Revisor fiscal suplente**

| 136. Tipo de documento | 137. Número de identificación | 138. DV | 139. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 140. Primer apellido | 141. Segundo apellido | 142. Primer nombre | 143. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 144. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 145. DV | 146. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 147. Fecha de nombramiento |
|---|
| |

**Contador**

| 148. Tipo de documento | 149. Número de identificación | 150. DV | 151. Número de tarjeta profesional |
|---|---|---|---|
| Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 5 3 3 3 7 2 0 2 | 2 | 2 5 3 2 8 6 T |

| 152. Primer apellido | 153. Segundo apellido | 154. Primer nombre | 155. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TRIANA | MONROY | EDWIN | YESID |

| 156. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 157. DV | 158. Sociedad o firma designada |
|---|---|---|
| | | |

| 159. Fecha de nombramiento |
|---|
| 2 0 2 4 0 4 0 1 |

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO