**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ** | | | **CC:** | **1013617954** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **ZERAUS.DIAZ@GMAIL.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3115259366** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CL 12 SUR 5 A 51** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **007590409384** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 1933 2025** | **N° CDP:** | **764** | **N°. RP:** | **12178** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/06/30** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 4.975.500** | | | | | |

*DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ*
*PS_1933_2025_DE11A1-2025-06-17 08:39:06*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ**
**CC: 1013617954**
**CEL: 3115259366**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO:** AP-IA-FT-077<br>**VERSIÓN:** 2<br>**FECHA:** 2025-06-09 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.013.617.954** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 1933 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/01** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.926.500 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **0** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 29.853.000 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 4.975.500 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS (06) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | OBLIGACIÓN 1: Consolidar adherencia SUBRED MAYO 2025<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - San José Obrero<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - Centro Oriente<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - Santa Clara<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - Materno Infantil<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - Primero de Mayo<br>Consolidar número de ciclistas - Mayo - San Blas<br>Consolidar número de ciclistas primer jueves del mes - Junio 2025 - Subred Centro Oriente. |
| 2 | Obligación 2: Elaboración solicitud de bienes y servicios - Contenedores - Versión 1<br>Actualización solicitud de bienes y servicios - Contenedores - Versión 2<br>Elaboración solicitud de orden de compra - Contenedores - Versión 1<br>Actualización solicitud de orden de compra - Contenedores - Versión 2<br>Elaborar matriz de riesgos - Contenedores<br>Actualización requerimientos de insumos - Servicio de Pediatria - Hospital San Blas<br>Remisión solicitud de orden de compra - Control de plagas - Versión 1<br>Remisión solicitud de orden de compra - Control de plagas - Versión 2<br>Elaboración de funciones OPS - Ingeniero Forestal<br>Evaluación técnica - Invitación a cotizar - 025-2025 - Residuos Peligrosos<br>Evaluación experiencia - Invitación a cotizar - 025-2025 - Residuos Peligrosos<br>Elaboración solicitud de orden de compra - Vertimientos - Versión 1<br>Actualización solicitud de orden de compra - Vertimientos - Versión 2 |
| 3 | Obligación 3: Diligenciamiento formulario PIMS 2025 - 2026 - Versión 1<br>Diligenciamiento formulario PIMS 2025 - 2026 - Versión 2<br>Diligenciamiento formulario PIMS 2025 - 2026 - Versión 3<br>Diseñar código QR - Inscripción - Medios de transporte sostenible - Antonio Nariño<br>Diseñar código QR - Registro diario - Antonio Nariño<br>Diseñar pieza comunicativa - Registro diario - Antonio Nariño |
| 4 | Obligación 4: No aplica para esta vigencia |
| | Obligación 5: Consolidar indicadores ECOTOOL - Mayo - 2025<br>Elaborar matriz de consolidación indicadores ECOTOOL - Junio 2025<br>Verificación componente PGIRASA FEBRERO, MARZO, ABRIL y MAYO (RH1, RH1 Continuación, Manifiestos, Actas) de 23 unidades asistenciales<br>Solicitar adecuación caja de inspección - Centro de Salud Cruces<br>Verificación producción - Acta Ecocapital - ENERO 2025<br>Diligenciar formatos de inscripción acopiador primario de aceites - Antonio Nariño<br>Diligenciar formatos de inscripción acopiador primario de aceites - Libertadores<br>Diligenciar formatos de inscripción acopiador primario de aceites - Bello Horizonte<br>Diligenciar formatos de inscripción acopiador primario de aceites - Cruces |

Diligenciar formatos de inscripción acopiador primario de aceites - Laches

| | |
|---|---|
| 5 | |
| 6 | Obligación 7: No aplica para esta vigencia |
| 7 | Obligación 9: Asistencia reunión equipo ambiental - Mayo/Junio<br>Elaborar acta de reunión equipo ambiental - Junio |
| 8 | Obligación 10: No aplica para esta vigencia |
| 9 | Obligación 12: No aplica para esta vigencia |
| 10 | Obligación 16: No aplica para esta vigencia |
| 11 | Obligación 6: Revisión documentos pendientes por actualización - Correo electrónico - Calidad<br>Actualización AP-RF-PC-03 Procedimiento identificación de requisitos legales sistema de gestión ambiental<br>Actualización AP-RF-PC-04 Procedimiento identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales<br>Actualización AP-RF-PC-06 Procedimiento manejo de residuos cortopunzantes usuarios Versión 1<br>Actualización AP-RF-PC-06 Procedimiento manejo de residuos cortopunzantes usuarios Versión 2<br>Actualización AP-RF-MN-04 Manual Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 1 PGIRASA Hospital Santa Clara<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 4 PGIRASA Centro de Salud Altamira<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 28 PGIRASA Centro de Salud Libertadores<br>Actualización AP-RF-IT-14 Instructivo de transporte de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos |
| 12 | Obligación 8: Revisión documentos pendientes por actualización - Correo electrónico - Calidad<br>Actualización AP-RF-PC-03 Procedimiento identificación de requisitos legales sistema de gestión ambiental<br>Actualización AP-RF-PC-04 Procedimiento identificación de aspectos y valoración de impactos ambientales<br>Actualización AP-RF-PC-06 Procedimiento manejo de residuos cortopunzantes usuarios Versión 1<br>Actualización AP-RF-PC-06 Procedimiento manejo de residuos cortopunzantes usuarios Versión 2<br>Actualización AP-RF-MN-04 Manual Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 1 PGIRASA Hospital Santa Clara<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 4 PGIRASA Centro de Salud Altamira<br>Actualización AP-RF-MN-01 ANEXO 28 PGIRASA Centro de Salud Libertadores<br>Actualización AP-RF-IT-14 Instructivo de transporte de residuos de aparatos eléctricos y electrónicos |
| 13 | Obligación 11: Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Altamira<br>Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Libertadores<br>Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Antonio Nariño |
| 14 | Obligación 13: Gestión de plataforma AgilSalud - Abril 2025. El día 27/05/2025 se consolidan (Entradas 11, Salidas 0, Informativos 0)<br>Radicación PIMS 2025 - 2026 - Secretaria Distrital de Movilidad |
| 15 | Obligación 14: Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Antonio Nariño<br>Diligenciamiento formulario de herramientas de verificación estandares de calidad - Laboratorio<br>Alistamiento soportes - Estandares de calidad - Laboratorio<br>Completar informe de estandares de mejoramiento de calidad - Control de plagas |
| 16 | Obligación 15: Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Altamira<br>Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Libertadores<br>Acompañamiento asistencia técnica - Secretaria Distrital de Salud - Centro de Salud Antonio Nariño<br>Diligenciamiento formulario de herramientas de verificación estandares de calidad - Laboratorio<br>Alistamiento soportes - Estandares de calidad - Laboratorio<br>Completar informe de estándares de mejoramiento de calidad - Control de plagas |
| 17 | Obligación 17: Acompañamiento - Entrega de incentivos - Semana Ambiental 2025 en 21 unidades asistenciales<br>Elevar consulta técnica- PEC - Acuerdo 927 de 2024 - Art 227 - PEV<br>Definición condiciones básicas de medios de transporte sostenible - Subred Centro Oriente |

**III. 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 (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 86628269 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 2025/06/11 | $ 248.800 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 2025/06/11 | $ 318.500 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/06/11 | $ 48.500 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 615.800 |

V. 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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ*<br>*PS_1933_2025_DE11A1-2025-06-17 08:39:06*<br>**DIEGO ALEJANDRO SUÁREZ DÍAZ**<br>**CC: 1013617954** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | *JESSICA PAOLA PULIDO SALGADO*<br>*PS_1933_2025_DE11A1-2025-06-17 13:41:05*<br>**JESSICA PAOLA PULIDO SALGADO**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN*<br>*PS_1933_2025_DE11A1-2025-06-17 16:34:10*<br>**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

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 | 1013617954 | DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ | Calle 12 Sur # 5a - 51 | 3115259366 | zeraus.diaz@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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 11/06/2025 | 86628269 | $615.800 | |

## 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 | 248.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 248.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 318.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 318.500 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 48.500 | | | | 48.500 | 0 | 0 | 48.500 | | | 485 | 48.500 | 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 | 248.800 | 248.800 |
| Pensión | 1 | 318.500 | 318.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 48.500 | 48.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 615.800 | 615.800 |

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 | 1013617954 | DIEGO ALEJANDRO SUAREZ DIAZ | | Calle 12 Sur # 5a - 51 | 3115259366 | zeraus.diaz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 11/06/2025 | 86628269 | $615.800 | |

## 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 | Estudiante | 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 | 1013617954 | SUAREZ DIAZ DIEGO ALEJANDRO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.990.200 | 318.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.990.200 | 248.800 | 14-11 | 1.990.200 | 3 | 48.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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