CXP 46326 (26)

INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS	PROCESO GESTION FINANCIERA					Código: FOGF52
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)					Versión: 3
						Fecha:27/01/2025

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Promoción y Desarrollo	**Pago No:**	2	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/4/2026		
Nombres ó Razón Social:	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadania**		1,001,088,580
Teléfono	300 6210290	**Correo electrónico**	alparrates@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	***094***	**Mes a pagar o *fracción de mes a* pagar:**	**Mes**	**Marzo**				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	**5226**	**No RP**	**7926**	**Valor del RP:**	**$ 50,175,840**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 41,509,104**	
Fecha del contrato	15/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**			30/12/2026	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del periodo a pagar**	Sin novedades				**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestación de servicios profesionales en sociolingüística aplicada y políticas lingüísticas para la investigación avanzada, diseño de instrumentos de planificación y gestión especializada de procesos estratégicos relacionados con el desarrollo, uso y difusión de la Lengua de Señas Colombiana en contextos institucionales, educativos y comunitarios, durante la vigencia 2026.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 4,561,440**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 4,561,440**

Valor inicial contrato	**$ 50,175,840**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 50,175,840**
Total Ejecutado	**$ 8,666,736**
Saldo	**$ 41,509,104**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**17%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**17%**

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 4,105,296					
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
Pago No. 13	**Pago No. 14**	**Pago No. 15**	**Pago No. 16**	**Pago No. 17**	**Pago No. 18**

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1,750,905	III	$ 218,863	$ 280,145	$ 42,652	N.A.	$ 541,659.97
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 220,500	$ 282,300	$ 43,000	$ 0	$ 545,800.00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		salud Total	Protección	Colmena	N/A	
PERIODO DE PAGO	**Febrero**	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para tramitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoria y Supervisión. SI____

2. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoria y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma esporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimiento de sus obligaciones con el sistema de seguridad social integral. SI____

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600002492*

No. 20262600002492

Fecha Radicado: 01-APR-2026 02:56 PM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: .

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. 69213517, corresponde al pago del mes de febrero, del contrato de prestación de servicios No.094 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. NO APLICA, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas jurídicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a titulo de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	NO
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	NO
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	No Aplica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad	☐ Si	☑ No
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)	☐ Si	☑ No
Soy responsable de Facturación Electrónica	☐ Si	☑ No
Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientas noventa (790) UVT. ($41,375.460)	☑ Si	☐ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3. Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro.

○ Si Tarifa adicional ____

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Desarrollar investigación aplicada en políticas lingüísticas para lenguas de señas, analizando modelos internacionales de planificación lingüística, marcos normativos comparados y metodologías de implementación de políticas que fortalezcan el estatus y corpus de la LSC.	1. Se elabora estrategia de trabajo para revisión de documentos finales sobre Variaciones Lingüísticas y de Lenguaje Figurado con el contratista David Saavedra. 2.Se realiza proceso de revisión final de documento_03_Variaciones Lingüísticas que hace parte de las investigaciones de lingüística realizadas por el grupo DECO las cuales están en proceso de diagramación. De esta revisión se verifican funciones de accesibilidad del documento: referencias cruzadas, enlaces de video de las señas, correspondencias de las imágenes y QRs de ajustes razonables.	1 Reunión de acuerdos de Trabajo: https://drive.google.com/file/d/1dg8iIqB4FzY9kDvghAdLJuxHDjrAVAF7/view?usp=drive_link 2 Entrega de documento con comentarios para realizar ajustes. https://drive.google.com/file/d/1b-MzIAfOmRgQ6LqycGDHBax4pTSf8BWL/view?usp=drive_link	-	-	x										Se verifica la entrega de dos soportes de las actividades correspondientes a esta obligación. Los archivos reposan en la carpeta compartida de contratista y supervisora de Google drive
2. Gestionar integralmente los procesos técnicos y administrativos del Registro Nacional de Intérpretes (RENI), implementando mejoras en procedimientos de certificación, sistemas de seguimiento y mecanismos de actualización profesional que garanticen calidad y trazabilidad del registro.	2.1 Se participó en reunión para definir roles y responsabilidades frente al trámite del Registro Nacional de Intérpretes (RENI), en la cual se abordaron aspectos relacionados con la gestión de información con el Ministerio de Educación Nacional y la articulación entre dependencias y la revisión de la Estrategia de Racionalización de trámites del INSOR 2.2. Se realiza solicitud ante el MEN sobre información de contacto de los intérpretes de LSC-español para iniciar proceso de registro en el RENI. 2.3. Se realiza seguimiento con intérpretes que aún no han culminado el proceso de inscripción al RENI debido que no han completado la documentación en el aplicativo. 2.4 Se entrega documento de informe trimestral de las acciones referidas a la ENILCSE y el RENI. 2.5 Gestión de inscripciones en el RENI: Revisión, validación y seguimiento a registros de intérpretes, incluyendo verificación de documentos, actualización de información y coordinación con soporte técnico para resolver inconsistencias en la plataforma.	https://drive.google.com/drive/folders/1-pW4XN33D54OP5m_eLZRBXhT4XCpS1H_N 2.1 Reunión Tramite RENI 03_03_2026 2.2 Solicitud al MEN sobre información de contacto intérpretespdf 2.3 Recordatorio – Completar información y documentos en el RENI 2.4 Informe ENILSCE-RENI I trimestre 2026	-	x	x										Se verifica la entrega de las evidencias constancia de las cinco actividades correspondientes a esta obligación. Alojadas en la carpeta de la unidad drive compartida
3. Desarrollar estrategias de difusión y promoción del uso de la LSC en espacios institucionales, diseñando campañas de sensibilización, materiales educativos y protocolos de implementación que amplíen los ámbitos de uso de la lengua.	3.1 Se realizó la revisión técnica y metodológica de los planes de trabajo asociados al Producto 30, correspondientes Hito 3: Cápsulas informativas en LSC sobre las estrategias de planeación lingüística de la LSCy el Hito 4: Acciones para la difusión relacionadas con la lengua de señas y su planeación lingüística. Formulando observaciones orientadas al fortalecimiento de los componentes metodológicos, de accesibilidad y seguimiento. Asimismo, se definió la participación en el acompañamiento y ejecución de los productos.	3.1 Revisión tecnica y metodológica de planes de trabajo https://drive.google.com/drive/folders/1uS7YvwQuqvytrqcsQer_NKeIqtHo_YQr	-	x	x										Se verifica la entrega de la evidencia de la actividad correspondiente a esta obligación. El archivo reposa en la carpeta compartida de contratista y supervisora de Google drive
4. Participar en procesos de articulación interinstitucional para la promoción de políticas lingüísticas inclusivas, contribuyendo al diseño de marcos normativos y lineamientos técnicos para el reconocimiento y protección de la LSC.	Se programa con las instituciones públicas de 4 ciudades para realizar presentación de resultados de la investigación Lingüísticas para Lenguas de Señas Colombiana LSC.	4. Cronograma de Socialización Documento Guia IR-SD, Entidad Territorial. https://drive.google.com/drive/folders/19zS9zjDdqnBQWkHmDWUcAFca1XjMWMbV	-	-	x										Se verifica la entrega de la evidencia de esta obligación. El archivo reposa en la carpeta compartida de contratista y supervisora de Google drive

5. Cumplir con otras actividades relacionadas con la planeación lingüística en LSC, según los requerimientos de la subdirección y enmarcadas dentro del objeto del contrato.	5.1 Se participó en dos sesiones de seguimiento al Plan Operativo 2026 del grupo DECO, en las que se presentaron los avances de los productos, incluyendo porcentaje de cumplimiento, dificultades y estrategias de mejora. *5.2 Se atendieron y respondieron oportunamente tres (3)* PQRS mediante Orfeo relacionadas con el proceso de inscripción al RENI, brindando orientación a los solicitantes, aclarando requisitos y procedimientos, y garantizando respuestas de fondo conforme a la normativa vigente. 5.3 Se participó en la segunda reunión de la Mesa Técnica de Primera Infancia y Familia (17 de marzo de 2026), donde se presentó la versión final del documento y se definió avanzar en propuestas de diseño para su entrega el 25 de marzo. Asimismo, se revisó el plan operativo 2026 y la articulación con el ICBF. 5.4 Se participó en reunión con el contratista Joseph Mora para revisar el estado de los videos de la ECOLSC, identificando avances, pendientes de edición y regrabación. Se acordó gestionar la continuidad del proceso con GEA y la posterior carga en la plataforma.	4 evidencias obligación 5: https://drive.google.com/drive/folders/1zyl6-TutZI37Xd05o390NHO5n9Cv54Yn?usp=drive_link 5.1 Reuniones de seguimiento al plan operativo DECO 5.2 PQRS 5.3 Segunda reunión de la MTPF 5.4 Reporte de estado de grabación formulario ECOLSC	-	x	x								Se verifica la entrega de los soportes de las cuatro actividades correspondientes a esta obligación. Alojadas en la carpeta de la unidad drive compartida contratista y supervisora.

OBSERVACIONES ADICIONALES: Durante la ejecución de las actividades relacionadas no se materializó ninguno de los riesgos relacionados en el estudio previo que hace parte integral del presente contrato

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($4,561,440)

VALOR CON IVA INCLUIDO	4.561.440
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LUZ BETTY FONSECA GOMEZ

CARGO: Profesional Especializado Código 2028 Grado 14

C.C: 51.680.188 **Correo electrónico: luz.fonseca@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES

Correo personal: alparrates@gmail.com

C.C: 1.001.088.580

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	1001088580	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES	carrera 97 a bis # 153-56	6016026060	alparrates@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69213517	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$1,763,757	$582.000	

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	220.500	0		0		0	2	300	0	220.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	282.300	0	0	0	0	2	400	0	282.700	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	43.000				43.000	2	100	43.100			430	43.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.300	2	100	35.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	220.500	220.800
Pensión	1	282.300	282.700
Riesgos Laborales	1	43.000	43.100
CCF	1	35.300	35.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	581.100	582.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001088580	YEIMI ALEXANDRA PARRA CORTES		carrera 97 a bis # 153-56	6016026060	alparrates@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69213517	20/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$1,763,757	$582.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1001088580	PARRA CORTES YEIMI ALEXANDRA	59	0			N	X																230201	1,763,757	29	282.300	0	0	0	0	EPS002	1.763.757	29	220.500	14-25	1.763.757	29	3	43.000	CCF24	1.763.757	29	35.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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