Radicado No: E11770030220034657E000038024200
DEST: 11770 GEST FIN INT REM: CLAUDIA MARC
ADRES 2020-02-03 03:46 Fol: 8 Anex: 1 Desc Anex: CD

8
JR

ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CODIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/19

ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
03 FEB 2020
COPIA
SUJETO A VERIFICACIÓN

Contrato No.	ADRES – CPS 081-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	OSCAR DAVID PINZÓN PLAZAS	**Teléfono / Extensión**	4322760 Ext. 1861
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologias en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.		
Fecha de Inicio	24/01/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

PAGADO
MAGNÉTICO

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	24/01/2020	**Hasta**	31/01/2020	
Adición y/o Prórroga	N/A				
Suspensión	N/A				
Cesión	N/A				

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [1]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes.	Se realizó el análisis de 30 reclamaciones correspondientes a la distribución del archivo denominado "Certificacion Bancaria personas naturales".	Se anexa soporte de archivos en Excel.	N/A
2	Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción aplicables por este concepto cuando haya lugar.	Se realizó la verificación de los soportes de 411 facturas correspondientes a la muestra del proceso de corrección implementado a través de la Resolucion 41656 de 2019.	Se anexa soporte de archivos en Excel y correos electrónicos enviados.	N/A
3	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de	Se realizó el registro de los resultados de la verificación de los soportes de 411 facturas	Se anexa soporte de archivos en Excel y correos electrónicos enviados.	N/A

	sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato.	correspondientes a la muestra del proceso de corrección implementado a través de la Resolucion 41656 de 2019.		
4	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7° de la Ley 1949 de 2019.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
5	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A
6	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	Se realiza validación de la consistencia de 216 reclamaciones correspondientes a personas Naturales.	Se anexa soporte de archivos en Excel y correos electrónicos enviados.	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

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

Firma del Contratista
Fecha: 3/02/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
51.413.394	0.00	1.064.774	0.00	50.348.620

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de UN MILLON SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($ 1.064.774)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	40026222	$221.700	1/12/2019	31/12/2019	16/01/2020
Pensión	40026222	$283.700	1/12/2019	31/12/2019	16/01/2020
ARL	40026222	$9.300	1/12/2019	31/12/2019	16/01/2020

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:

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 especificas, 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.

OBSERVACIONES	
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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común).

	4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención. 5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

OSCAR DAVID PINZON PLAZAS
Supervisor o interventor

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 3/02/2020

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

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	52285697	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ	CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR	3373067	ascmarcelys1213@hotmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-12	2019-12	I	16/01/2020	40026222	$550.200

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	221.700	0		0		0	0	0	0	221.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	283.700	0	0	0	0	0	0		283.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.300				9.300	0	0	9.300			93	9.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	35.500	0	0	35.500	1

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	221.700	221.700
Pensión	1	283.700	283.700
Riesgos Laborales	1	9.300	9.300
CCF	1	35.500	35.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	550.200	550.200

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	52285697	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ		CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR	3373067	ascmarcelys1213@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-12	2019-12	I	16/01/2020	40026222	$550.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	ING	SLN	IGE	LMA	VAC	VSP	TAE	TAP	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	52285697	CARREÑO GONZALEZ CLAUDIA MARCELA	59	0		N																		230301	1.773.000	283.700	0	0	0	0	EPS065	1.773.000	221.700	14-23	1.773.000	1	9.300	CCF22	1.773.000	35.500	0	0	0	0	0

Esta planilla puede ser diligenciada sin costo a través de la Compañía de operación de información

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 3/02/2020

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: CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52285697 de Bogotá

CONTRATO No.: 081 de 2020

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 24/01/2020 **HASTA:** 31/01/2020

LA SUMA DE: UN MILLON SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($ 1.064.774)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra 12 B Este # 19 - 28 Sur

TELÉFONO: 3164780605

FIRMA
C.C 52,285,697 De Bogotá

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Claudia Marcela Carreño Gonzalez	52285697

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8211 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No 081-2020

Fecha de Inicio: 24/01/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ **51.413.394,00**_ Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.563.319,00

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
CC	1023943480	Angie Natalia Salazar Carreño	Hijos mayores de 23 años que se encuentran en

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

			situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 Wilson Salazar Pinzón __(Vacío)____ identificado (a) con la C.C. No. 79698622_(Vacío)___ 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, Obligación _____(Vacío)_____ de_____(Vacío)_____, según certificación del año 2016; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uva.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. ___(Vacío)_____, del Banco ___(Vacío)_____,, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ Vacío), 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío), 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

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

---

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____(Vacío)_____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)

Atentamente,

Firma _____

Cédula de ciudadanía 52.285.697 De Bogotá
Bogotá D.C. 03 de febrero de 2020

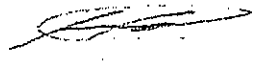
EPS Sanitas

Bogotá, 16 DE OCTUBRE DE 2019
ATEP 8032 - 19

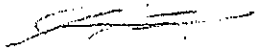
Salazar Carreño Angie Natalia
CC 1023943480
CARRERA 12B ESTE #19 -28 SUR CASA BARRIO LA CASTAÑA
3164780605
Bogota Dc

CERTIFICACIÓN

Con la presente, nos permitimos informar que la EPS SANITAS en cumplimiento de la Circular Externa 000009 de 2017, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y con el fin de registrar las personas en condición de discapacidad permanente se permite certificar que **Salazar Carreño Angie Natalia** con **CC 1023943480** presenta la siguiente condición:

Tipo de discapacidad	Multiple
Código Diagnostico CIE 10	C710
Fecha de Expedición	16 Octubre 2019
Nombre Medico	ANDRÉS CAMILO GUTIÉRREZ
Registro	25964
Firma	

Cordialmente,



EPS Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
MEDICINA LABORAL

Medicina Laboral
EPS SANITAS

*** Nota: este documento (certificado) cumple con los requisitos de la circular externa 000009 de 2017 y hace las veces de carnet- Dando cumplimiento así al artículo 5 de la ley 361 de 1997 frente a la calificación de personas en situación de discapacidad. Resolución 583 de 2018(pendiente entrada en vigencia).*

REGISTRO DE NACIMIENTO

27795289

(1) 95 05 12 (2) 06011

NOTARIA CUARENTA (40) (4) SANTAFE DE BOGOTA (5) 1038

APELLIDOS: CARREÑO ANGIE NATALIA

FEMENINO. (3) (6)

A 12 MAYO 1995

COLOMBIA CUNDINAMARCA. SANTAFE DE BOGOTA

HOSPITAL DE VICTORIA 8:03AM

CERTIFICADO MEDICO SILVIA CAPASSO 1104

CARREÑO GONZALEZ CLAUDIA MARCELA 17

C.C. 7801109-0035 DE SANTAFE DE BTA. COLOMBIANA ESTUDIANTE

SALAZAR PINZON WILSON 21

C.C. 9.698.022 DE SANTAFE DE BOGOTA COLOMBIANA MENSAJERO

C.C.79.038.022 DE BOGOTA

CALLE 63 B NO. 8 40 ESTE WILSON SALAZAR PINZON.

AGUSTIN CASTILLO ZARATE

AGUSTIN CASTILLO ZARATE

NOTARIO DE

6