

	<b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: <b>ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO</b>			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	7316000
CELULAR: 3102728824	CORREO ELECTRÓNICO: dr.rola@hotmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBC01 - QUIRURGICO CIRUGÍA GENERAL USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	SERVICIO: ASISTENCIAL		
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 47070012761	
PENSIONADO:	SI No X		

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2272-2026	N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4																																																
<table border="1"> <tr><td>CDP 1</td><td>164</td><td>FECHA</td><td>22/01/2026</td></tr> <tr><td>CDP 2</td><td>703</td><td>FECHA</td><td>20/05/2026</td></tr> <tr><td>CDP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CDP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CDP 3	—	FECHA	—	CDP 4	—	FECHA	—	CDP 5	—	FECHA	—	CDP 6	—	FECHA	—	<table border="1"> <tr><td>CRP 1</td><td>12398</td><td>FECHA</td><td>10/02/2026</td></tr> <tr><td>CRP 2</td><td>21396</td><td>FECHA</td><td>22/05/2026</td></tr> <tr><td>CRP 3</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 4</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 5</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> <tr><td>CRP 6</td><td>—</td><td>FECHA</td><td>—</td></tr> </table>	CRP 1	12398	FECHA	10/02/2026	CRP 2	21396	FECHA	22/05/2026	CRP 3	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—	CRP 6	—	FECHA	—
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026																																														
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026																																														
CDP 3	—	FECHA	—																																														
CDP 4	—	FECHA	—																																														
CDP 5	—	FECHA	—																																														
CDP 6	—	FECHA	—																																														
CRP 1	12398	FECHA	10/02/2026																																														
CRP 2	21396	FECHA	22/05/2026																																														
CRP 3	—	FECHA	—																																														
CRP 4	—	FECHA	—																																														
CRP 5	—	FECHA	—																																														
CRP 6	—	FECHA	—																																														

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE			HASTA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
	01	05	2026	31	05	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 12.218.670	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL	VALOR HORA / DÍA: \$ 135.763				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)

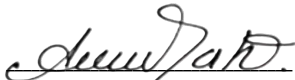
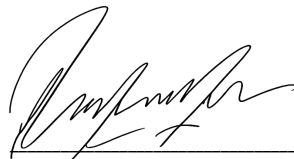
**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 61.093.350
VALOR EJECUTADO	\$ 36.656.010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 12.218.670
TOTAL HORAS CONTRATADAS	90
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	90
SALDO POR EJECUTAR	\$ 24.437.340
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN</b>	<b>60.0 %</b>

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE: De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.

IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido	APORTE SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	Número de Planilla Mes Vencido
\$ 4.887.468	\$ 750.000	\$ 960.000	III	\$ 146.200	\$ 1.856.200	76544880

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de Mayo del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916	 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO CC: 7316000
--	---

	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CTF-50												
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 4												
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		PÁGINA: 1 DE 1												
UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR		FECHA: 07/11/2024												
No. DE CONTRATO: 2272-2026	PERIODO CERTIFICADO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>05</td> <td>2026</td> <td>31</td> <td>05</td> <td>2026</td> </tr> </tbody> </table>	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	01	05	2026	31	05	2026
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año									
01	05	2026	31	05	2026									
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO	DOCUMENTO: 7316000													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO														
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.														
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 60.0 %														

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Se realizaron actividades enfocadas en el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de la garantía de la calidad institucional, cumpliendo estrictamente los estándares de habilitación, con calidad y aplicando las normas de acreditación.
2. Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Durante el ejercicio médico se desarrollaron estrategias que conllevan el mantenimiento y mejora continua de los ejes del sistema de acreditación, con una adecuada gestión del riesgo, una atención humanizada, centrada en el usuario y con responsabilidad social entre otros.
3. Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	La producción respecto al servicio se cumplió a cabalidad, de acuerdo con los estándares y tiempos establecidos por la institución.
4. Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades.	Se dio cumplimiento a cada uno de los procesos prioritarios para el adecuado funcionamiento del servicio, acatando la normatividad vigente.
5. Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales.	En cada ejecución de turno se realizó el recibido y entrega del mismo con base en los formatos institucionales definidos para tal fin.
6. Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo con las necesidades de la institución y en los servicios cumpliendo con: Respuesta de interconsultas, ronda médica y evoluciones, realización procedimientos de acuerdo al servicio y/o área asignada, realizar los registros en historia clínica de manera completa, legible y oportuna (evolución, ordenes médicas, descripción procedimientos médicos y procedimientos quirúrgicos, registro de pre y post operatorio, respuesta interconsulta, y otros según el caso)dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999; realizar la notificación de sucesos de seguridad, IACS, Eventos de interés en salud Pública; Direccionar los pacientes a RIAS de acuerdo a su ciclo de vida y demás actividades propias de la especialidad.	Se realizan las actividades institucionales, 6 intervenciones quirúrgicas, 8 interconsultas, 22 evoluciones de pacientes hospitalizados con información a familiares, 0 notificaciones de sucesos de seguridad, IACS, o eventos de salud pública. Durante las actividades médicas se diligenció en todos los casos las historias clínicas de una forma completa, legible y oportuna, dando cumplimiento a la Resolución 1996 de 1999, con sus respectivas ordenes médicas bien sea de servicios incluidos y no incluidos en el plan de beneficios en salud.
7. Realizar seguimiento a los pacientes en sus posoperatorios dejando registro en la historia clínica.	A cada uno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se le realizó un adecuado seguimiento posoperatorio, con el debido registro de la actividad en la historia clínica.
8. Brindar información al usuario y su familia sobre su estado de salud, aclarando riesgos, complicaciones y beneficios de su tratamiento de acuerdo con la política de humanización de la institución.	En cada una de las actividades ejecutadas se le brindó información de forma clara y oportuna tanto al usuario como a su familia sobre el estado de salud, los posibles riesgos, los beneficios de su tratamiento y conducta a seguir.
9. Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución.	En la ejecución de las actividades médicas agendadas de aplicaron adecuadamente las políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos de la institución.
10. Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública.	0 notificaciones este mes de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y eventos de salud pública.
11. Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	Se mantuvo al día los registros en los sistemas de información a cargo.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
12. Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente.	1 capacitación sobre sistemas institucionales.
13. Presentar las evaluaciones de adherencia y conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE.	Se presentaron todas las evaluaciones de adherencia y conocimientos programados por la Subred Norte.
14. Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Durante el desarrollo de las actividades médico- quirúrgicas se brindó adecuado cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición.
15. Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido.	0 asistencia a comités, no se solicitaron por parte de la institución en el mes en curso.
16. Participar en el proceso de habilitación y acreditación en salud de la Subred Norte aplicando las herramientas impartidas por el Hospital para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la Entidad.	Se realizó participación activa en los procesos de habilitación y acreditación en salud establecidos por la institución.
17. Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de habilitación y acreditación al interior de la institución.	Se cumplieron las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual en el marco del proceso de acreditación institucional.
18. Apoyar la ejecución coordinada de actividades en el servicio donde se le asigne y en armonía con los otros servicios y áreas de la institución.	Se dio apoyo a la ejecución coordinada de cada una de las actividades asignadas, en armonía con los otros servicios y áreas institucionales.
19. Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades.	Durante la prestación de los servicios médico- quirúrgicos se brindó adecuado uso y control de los insumos disponibles.
20. Aplicar los principios y valores institucionales poniendo en la práctica del diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la habilitación y acreditación de la Subred Norte.	En cada una de las actividades médicas se aplicaron a cabalidad los principios y valores institucionales, con énfasis en el trato digno y la humanización del servicio.

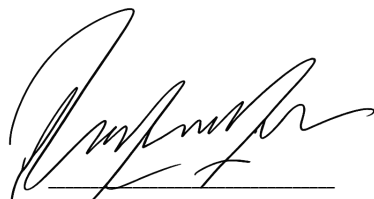
OBSERVACIONES:

90 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

§ 12.218.670 – DOCE MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

Fecha: 31/05/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO  
CC: 7316000

Fecha: 31/05/2026



FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR  
ANDREA SANDOVAL CASTRO  
CC: 52770916

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	7316000	ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO	CLL 213 No 114 - 10 Mz 9 Casa 16	3102728824	dr.rola@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76544880	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.857.700	

## 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	750.000	0		0		0	1	600	0	750.600	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	960.000	0	0	0	0	1	700	0	960.700	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	146.200				146.200	1	200	146.400			1.462	146.400	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
<b>SENA</b>				
0	1	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	1	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	750.000	750.600
Pensión	1	960.000	960.700
Riesgos Laborales	1	146.200	146.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.856.200</b>	<b>1.857.700</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7316000	ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO		CLL 213 No 114 - 10 Mz 9 Casa 16	3102728824	dr.rola@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76544880	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.857.700	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Corriente	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TDP	SP	SP	SEN	IGE	LMA	VAC	APP	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 7316000	MARTINEZ ACERO ROLANDO ALONSO	59	0			N																230901	6.000.000	30	960.000	0	0	0	0	EPS005	6.000.000	30	750.000	14-23	6.000.000	30	3	146.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

# ROLANDO ALONSO MARTINEZ ACERO

NIT: 7316000

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 145 7 F 76 AP 910 BRR CEDRITOS, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3004929823

Email. ingridcabra73@gmail.com

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

Autorización factura electrónica de venta No: 18764108621721 válida desde 2026-04-18 hasta 2026-10-18 rango desde FV374 hasta FV500

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

NO SOMOS AUTORETENEDORES

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

Actividad Económica 8621

Nombre/Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE

NIT: 900971006-4

Dirección: CALLE 165 No. 7- 06, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Teléfono: 6718796

Email: medicosops.simon@gmail.com

Forma de pago: Crédito

Medio de pago: Transferencia Débito Bancaria

Fecha de Pago: 15/06/2026

Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:

FV376

MONEDA:

COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN:

08:26:17

FECHA FIRMADO:

15/05/2026 08:26:19

FECHA DE EMISIÓN:

FECHA DE VENCIMIENTO:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
15	05	2026	15	06	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	HM	HONORARIOS MEDICOS PRESTADOS POR LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA HEPATOBILIAR	NIU	90,00	\$135.763,00				\$00.0	\$12.218.670,00

Notas: PRESTADOS EN EL MES DE MAYO 2026

SON: (doce millones doscientos dieciocho mil seiscientos setenta pesos cero centavos)

CUFEb2f0a324e9ccf62037636a162ff76e33360e8ef63ee61b7066c92d28ed3e1ad6c07a1e658648dbf65e0d0045805e4701

Subtotal:	\$12.218.670,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$12.218.670,00

Firma Digital: F0a5b/7wHCDyS0cQSa5x8ITmKboWayx7TpnS7vgODL0HufI9cYFwMoPibBgaSoS3 etqhWEqc1fhVCQgYRIjL/+YmdOzSsL+jwxn3OXte5JAbeF4zSDCv5J62qtFFOoQD JTKNUu6ZbK51zpoEZF32oeKWjeKBgDNpoo5LhL1cBKDGU1cNTK4+oYOlnIKNTBQ/ knsXhHz+ySSleMsTxzHZ50Y2lYIzBzM5DomN8FKvw0T24mR0pPY7r6s/m0asxYAi bNL4d0Lrtp/a0By5C9glz7E14eB7QppJyvKjuAQkzKIQAgWA/pWmV03JddsLptHy C0ebWXgwKRTmdRkXimYVw==

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..

