República de Colombia Ministerio de Igualdad y Equidad INSOR 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:27/01/2026

Dependencia / Grupo:	Dirección General	**Pago No:**	6	**Total de pagos**	12
				¿Pago Final?	NO

INFORMACION BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	Bogotá	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/7/2026		
Nombres ó Razón Social:	María Margarita Peña Vargas	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadania**		65753531
Teléfono	3178956071	**Correo electrónico**	mmpenav@gmail.com		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	114	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Junio				
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar					
No CDP	**13426**	**No RP**	**11726**	**Valor del RP:**	**$ 82.539.589**	**Valor pendiente por pagar:**	**$**	**43.770.994**
Fecha del contrato	22/1/2026	**Fecha de acta de inicio:**	26/1/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		25/12/2026		
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

Prestar servicios profesionales especializados a la Oficina de Control Interno del Instituto Nacional para Sordos (INSOR), con el fin de ejecutar las actividades definidas en el Plan Anual de Auditorías de la vigencia 2026, asegurando el cumplimiento efectivo de los cinco roles de dicha unidad.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**$ 7.503.599**	
	IVA	**$ -**	
	Valor total	**$ 7.503.599**	

Valor inicial contrato	**$ 82.539.589**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (Indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 82.539.589**
Total Ejecutado	**$ 38.768.595**
Saldo	**$ 43.770.994**
Porcentaje de Ejecucion	
Porcentaje de Ejecución física	47%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	47%

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
$ 1.250.600	$ 7.503.599	$ 7.503.599	$ 7.503.599	$ 7.503.599	
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) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 3.001.440	I	$ 375.180	$ 480.230	$ 15.668	N.A.	$ 871.077,80
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 1.203.800	$ 1.637.200	$ 50.300	$ 0	$ 2.891.300,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		EPS SANITAS	COLPENSIONES	COLMENA	N/A	
PERIODO DE PAGO	Junio	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 Interventoría 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 Interventoría 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___

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Integral, en lo que respecta específicamente a dicho equipo de trabajo. SI___ NO APLICA___

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. 92807495**, corresponde al pago del mes de **junio**, del contrato de prestación de servicios No114-2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para personas 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. _____ inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas jurídicas).

3/7/26, 10:36 a.m. Sticker web

Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600007312

No. 20262600007312

Fecha Radicado: 03-JUL-2026 10:36 AM

Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR

Anexos: -

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**	
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)	Anticipada	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
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 ☐ ☑

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209.496.000) ☐ ☑

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ ☑

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) ☑ ☐

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.
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. Apoyar la elaboración y actualización del Plan Anual de Auditorías de Control Interno 2026, mediante la verificación y análisis de la normativa vigente, la identificación y evaluación de riesgos institucionales, y la priorización de los procesos objeto de auditoría, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Oficina de Control Interno.	No se realiza la actividad en el periodo	No aplica													Esta obligación se encuentra asociada a la formulación de nuevos seguimientos y auditorias que modifiquen el plan anual de auditorias 2026 de conformidad con el universo de auditoria.
2. Ejecutar las auditorías, evaluaciones y actividades de seguimiento asignadas conforme al Plan Anual de Auditorías basado en riesgos, garantizando el desarrollo integral de los cinco roles de las oficinas de control interno: Liderazgo Estratégico, Enfoque hacia la Prevención, Evaluación de la Gestión del Riesgo, Evaluación y Seguimiento, y Relación con Entes Externos de control, presentando los respectivos informes con sus hallazgos, conclusiones y recomendaciones.	El cumplimiento de la obligación contractual se dio a partir de: 1. Consolidación Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional I Cuatrimestre de 2026, el cual incluye seguimiento a los mapas de riesgo de los procesos asignados: Gestión del conocimiento, Gestión Educativa, SG-SST, Gestión Documental y Control Interno 2. Informe de Seguimiento al SIGEP , para el perido comprendido entre julio de 2025 y junio de 2026.	Los soportes o evidencias de cada actividad lo consituye: 1. Informe Seguimiento al Mapa de Riesgos I cuatrimestre radicado en Orfeo con número 20261200000283y correo electrónico a través del cual fue enviado al Supervisor el 2026-06-09 2. Informe de Seguimiento al SIGEP , para el perido comprendido entre julio de 2025 y junio de 2026 y correo electrónico de remisión al Supervisor el 2026-06-30.				X	X	X	X	X	X					La verificación de cumplimiento puede darse en: https://drive.google.com/drive/folders/1ZnBul5y2Y1mJZ8plgJDkxJ7GBuUXMs3O
3. Proporcionar apoyo para la formulación de recomendaciones constructivas orientadas a la mejora continua de los procesos institucionales, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y a la gestión preventiva de los riesgos.	El cumplimiento de la obligación contractual se dio a partir de: 1. Recomendaciones en el Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional I Cuatrimestre de 2026. 2. Recomendaciones en el Informe de Seguimiento al SIGEP , para el perido comprendido entre julio de 2025 y junio de 2026	Los soportes o evidencias de cada actividad lo consituye: 1. Informe Seguimiento al Mapa de Riesgos I cuatrimestre 2026. 2. Informe de Seguimiento al SIGEPII (Junio 2025 a Julio 2026)				X	X	X	X	X	X					La verificación de cumplimiento puede darse en: https://drive.google.com/drive/folders/1ZnBul5y2Y1mJZ8plgJDkxJ7GBuUXMs3O
4. Verificar la correcta aplicación de las normas y procedimientos de gestión documental, así como la adecuada conformación, custodia y trazabilidad de los papeles de trabajo derivados de las labores de auditoría y evaluación, asegurando el cumplimiento de los estándares establecidos por el Sistema de Gestión de la entidad.	Aseguramiento de la adecuada conformación, custodia y trazabilidad de los papeles de trabajo derivados de las labores de auditoría y evaluación, garantizando el cumplimiento de los estándares establecidos por el Sistema de Gestión de la entidad. Organización del archivo físico de las vigencias 2023, 2024 y 2025. Avance con el inventario físico de la vigencia 2024 y 2025 (quedando pendiente de foliar 8 carpetas)	1. Archivo físico de la Unidad de Control Interno. 2. Documento: Formato Unico de Inventario Documental_OCI Fisico 2024, 2025 y avance 2026				X	X	X	X	X	X					La verificación de cumplimiento puede realizarla a través del archivo físico que reposa en la Oficina de Control Interno
5. Atender los requerimientos, solicitudes o actividades adicionales asignadas por el supervisor del contrato, siempre que se relacionen directamente con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos de evaluación y seguimiento institucional.	El cumplimiento de la obligación contractual se dio a partir de: 1. Reunión de grupo y cronograma de actividades del mes. 2. Informe para dar respuesta a lo solicitado por la asesora de la Dirección General en el marcode la consolidación del informe de empalme 2026. Temas prioritarios: Una sección sobre asuntos que requieren seguimiento y gestión por parte de la siguienteadministración, resaltando temas críticos, riesgos estratégicos, compromisos pendientes y recomendaciones clave. 3. Consulta via correo electrónica al proceso de comunicaciones programación para Campaña Fomento de Control 2026. 4. Asistencia a capacitaciones programadas por el INSOR y/o las autogestionadas relacionadas con temas de Control Interno y/o/ la función de Auditoría Interna. 5. Elaboración del inventario y clasificación de activos de información de la Oficina de Control Interno. 6. Participación de la 1a Mesa del conocimiento y comunicación de información entregada durante la sesión a los asistentes para compartir al interior del Grupo de Control Interno.	Los soportes o evidencias de cada actividad lo consituye: 1. Acta de reunión 2. Informe enviado por correo institucional al Supervisor del contrato el 15 de junio de 2026. 3. Correo electrónico a contratistas del proceso de comunicaciones. 4. Evidencia de asistencia a las capacitaciones. 5. Documento: OCI_INVENTARIO Y CLASIFICACIÓN DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN MPSI 2026, remitido via correo electrónico al Supervisor del Contrato para revisión y demás fines pertinentes, el 2026-06-23. 6. Información comunicada a los integrantes del Grupo de Control Interno a través de video (Link https://notebooklm.google.com/notebook/374402a6-d7e5-4c92-8576-d0ff44ee72d0/artifact/60405d7d-a40b-4da5-aea0-e4a268beac66?utm_source=nlm_web_share&utm_medium=google_oo&utm_campaign=art_share_2&utm_content=&utm_smc=nlm_web_share_google_oo_art_share_2_)				X	X	X	X	X	X					La verificación de cumplimiento puede darse en: https https://drive.google.com/drive/folders/1ZnBul5y2Y1mJZ8plgJDkxJ7GBuUXMs3O

OBSERVACIONES ADICIONALES:
Ingreso Base de Cotización: $ 9.630.000
Aporte a la Caja de Compensación Familiar: $ 57.800

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE ($7.503.599)

VALOR CON IVA INCLUIDO	**7.503.599**
VALOR EN LETRAS	**SIETE MILLONES QUINIENTOS TRES MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: Fernando Jaimes Jaimes

CARGO: Profesional Especializado 2028-13

C.C: 13.720.146 **Correo electrónico: fernando.jaimes@insor.gov.co**

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: María Margarita Peña Vargas

Correo personal: mmpenav@gmail.com

C.C: 65.753.531

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	65753531	MARIA MARGARITA PEÑA VARGAS		KR 72C NO 22A - 27 AP 214	6017167787	mmpenav@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
		92807495	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$9,630,000	$2.949.100	

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	1.203.800	0		0		0	0	0	0	1.203.800	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	1.540.800	0	0	48.200	48.200	0	0		1.637.200	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	50.300				50.300	0	0	50.300			503	50.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	57.800	0	0	57.800	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	1.203.800	1.203.800
Pensión	1	1.637.200	1.637.200
Riesgos Laborales	1	50.300	50.300
CCF	1	57.800	57.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	2.949.100	2.949.100

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	65753531	MARIA MARGARITA PEÑA VARGAS		KR 72C NO 22A - 27 AP 214	6017167787	mmpenav@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
		92807495	19/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$9,630,000	$2.949.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	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
	CC 65753531	PEÑA VARGAS MARIA MARGARITA	59	0			N																	25-14	9.630.000	30	1.540.800	0	0	48.200	48.200	EPS005	9.630.000	30	1.203.800	14-25	9.630.000	30	1	50.300	CCF24	9.630.000	30	57.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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