

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	132 de 2026		
CONTRATISTA:	MARCEL BERRIO MEDINA	NIT / C.C No. :	9104490
OBJETO CONTRACTUAL:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRE-CONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLÍNICOS Y CLÍNICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA, QUE DEBAN SER PUESTO A CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN REVISORA; ASÍ COMO, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA GESTIÓN Y TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES SOBRE LOS USOS NO INCLUIDOS EN LOS REGISTROS SANITARIOS - UNIRS, ORIENTADOS A FORTALECER EL ASEGURAMIENTO SANITARIO.		
VALOR DEL CONTRATO	NOVENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL PESOS M/CTE (\$97.810.000).		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2026-01-18	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	300
FECHA DE INICIO:	2026-01-20	FECHA DE TERMINACIÓN:	2026-11-19
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2026-04-20	HASTA:	2026-05-19
PAGO NÚMERO:	4	DEPENDENCIA:	Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	Gloria Cecilia Peñuela Sánchez.		

2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Documentar el proceso de estudio de los trámites de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración, condición de venta e inclusión del listado UNIRS conforme al formato de evaluación establecido para tal fin.	<i>Estudio de los trámites de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración, condición de venta:</i> Producto: FRAGMIN® 2500 UI Solución inyectable. Expediente: 19905001. Radicado: 20241327707. Producto: FRAGMIN® 5000 UI Solución inyectable. Expediente: 19904162. Radicado: 20241327719. Producto: FRAGMIN® 7500 UI Solución inyectable. Expediente: 19979363. Radicado: 20241327726.	Asignación de los trámites a través de: <i>Plan de trabajo - Cumplimiento del objeto laboral 2026 - Contratistas.</i> Link: https://invimagovco.sharepoint.com/:x:/r/sites/o365_BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA_GASECR/layouts/15/Doc.aspx?source=doc=%7B9EAF6CC2-F2F8-4EAF-895D-6D1CE0571BC8%7D&file=MARCEL%20BERRIO.xlsx&action=default&mobileredirect=true

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

		Producto: FRAGMIN® 10000 UI Solución inyectable. Expediente: 19981427. Radicado: 20241327740. Producto: CYTIL® V 200 µg Tabletas. Expediente: 20010043. Radicado: 20241337435.	Biblioteca de la Comisión Revisora - Carpeta FIES 2026 – PRE SALA. Link: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365/BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA/GASECR/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBIBLIOTECA%5FCOMISION%5FREVISORA%5FGASECR%2FDocumentos%20compartidos%2FFIES%202026%2FPRE%20SALA%2FMARCEL&FilterFields1=DocIcon&FilterValues1=doc%3B%23docm%3B%23docx%3B%23dot%3B%23dotm%3B%23dotx%3B%23odt&FilterTypes1=Computed&viewid=817148a8%2D441a%2D4156%2Db9e0%2D8d5f323242cd
2	Emitir los preconceptos que deban ser puestos a consideración de la Sala Especializada de la Comisión Revisora sobre los estudios preclínicos y clínicos presentados de solicitudes de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y de las solicitudes de inclusión de indicaciones en el listado UNIRS, orientados a fortalecer el aseguramiento sanitario.	Preconceptos: Producto: FRAGMIN® 2500 UI Solución inyectable. Expediente: 19905001. Radicado: 20241327707. Producto: FRAGMIN® 5000 UI Solución inyectable. Expediente: 19904162. Radicado: 20241327719. Producto: FRAGMIN® 7500 UI Solución inyectable. Expediente: 19979363. Radicado: 20241327726. Producto: FRAGMIN® 10000 UI Solución inyectable. Expediente: 19981427. Radicado: 20241327740. Producto: CYTIL® V 200 µg Tabletas. Expediente: 20010043. Radicado: 20241337435.	Biblioteca de la Comisión Revisora - Carpeta FIES 2026 – PRE SALA. Link: https://invimagovco.sharepoint.com/sites/o365/BIBLIOTECA_COMISION_REVISORA/GASECR/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2Fo365%5FBIBLIOTECA%5FCOMISION%5FREVISORA%5FGASECR%2FDocumentos%20compartidos%2FFIES%202026%2FPRE%20SALA%2FMARCEL&FilterFields1=DocIcon&FilterValues1=doc%3B%23docm%3B%23docx%3B%23dot%3B%23dotm%3B%23dotx%3B%23odt&FilterTypes1=Computed&viewid=817148a8%2D441a%2D4156%2Db9e0%2D8d5f323242cd
3	Participar activamente en las sesiones de las salas especializadas donde se discutan los preconceptos resultantes de cada estudio, dando las	<i>No requerido.</i>	

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

	precisiones o aclaraciones que sean requeridas.		
4	Resolver consultas relacionadas con estudios clínicos y preclínicos de usuarios internos y externos allegadas mediante el sistema PQRS y atención al usuario, conforme designación de la supervisión.	No requerido.	-----
5	Socializar a nivel interno los preconceptos y conceptos de las decisiones adoptadas por la Sala Especializada de la comisión Revisora, precisando los fundamentos técnico - científicos que fueron tenidos en cuenta, en aras de adoptar lineamientos para futuros estudios que deban ser adelantados por los diferentes grupos de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos. Lo anterior, a fortalecer el aseguramiento sanitario y conforme cronograma establecido por la supervisión.	No requerido.	-----
6	Brindar acompañamiento desde su experticia técnica al Grupo de Apoyo a las Salas Especializadas de la Comisión Revisora orientando sobre asuntos	No requerido.	-----

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

	relacionados con el objeto contractual.		
7	Aplicar los procesos, procedimientos y formatos del Sistema de Gestión de Calidad y consultarlos permanentemente; asimismo, generar recomendaciones identificando los apartes que deben ser ajustados cuando se presenten cambios normativos que incidan en los trámites asociados de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos.	No requerido.	
8	Alimentar continuamente las bases de datos y listados relacionados con las solicitudes de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS de las Salas Especializadas de la Comisión Revisora.	No requerido.	
9	Hacer las recomendaciones desde su experticia técnica a la supervisión del contrato, sobre asuntos de modificación de nuevas indicaciones, posología, vía de administración y condición de venta	No requerido.	

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

	de los medicamentos y productos biológicos y UNIRS, cuando estos temas sean tratados con diferentes instancias internas y externas.		
10	Asistir a comités, reuniones y demás espacios que se convoquen por la supervisión. La supervisión informará si la asistencia es presencial o virtual.	RETROALIMENTACIÓN PROCESO DE PRE SALA.	Microsoft TEAMS (Calendario).

Certifico que cumpla a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas.

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A
2.	N/A	N/A	N/A	N/A
.....	N/A	N/A	N/A	N/A

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planillas, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de enero del año 2026.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
4	\$ 9.781.000	\$ 3.912.400	30	\$1.215.000	79237789	Compensar/mi planilla.com

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA			
	Código: GCON-FOR7		Versión: 01	Fecha de emisión: 2026/06/01

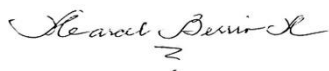
5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$ 97.810.000,00
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$ 39.124.000,00
Saldo del contrato	\$ 58.686.000,00

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

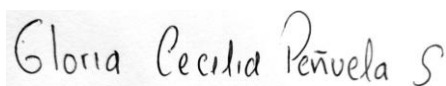
NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
4	X	

Atentamente,



MARCEL BERRIO MEDINA
Contratista
C.C. No.: 9104490

Recibí a satisfacción:



GLORIA CECILIA PEÑUELA SÁNCHEZ
Coordinadora del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora
Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos
Supervisora Contrato 132 de 2026

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTION CONTRACTUAL		
	FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN				
	Código: GCON-FOR15	Versión: 01	Fecha de emisión: 2026-06-01		
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	MARCEL BERRIO MEDINA		NIT/ CC No.	9104490	
CORREO ELECTRÓNICO	mberriom@invima.gov.co		TELÉFONO	3017540147	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión				
No. CONTRATO	132 de 2026		TERMINO DE EJECUCIÓN	19/11/2026	
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS AL GRUPO DE APOYO A LAS SALAS ESPECIALIZADAS DE LA COMISIÓN REVISORA DE LA DIRECCIÓN DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL INVIMA, REALIZANDO LOS PRE- CONCEPTOS, ESTUDIOS PRE-CLÍNICOS Y CLÍNICOS PRESENTADOS PARA EL TRÁMITE DE MODIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA RESPECTO DE INDICACIONES, VÍA DE ADMINISTRACIÓN, POSOLOGÍA, CAMBIO DE CONDICIÓN DE VENTA, QUE DEBAN SER PUESTO A CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN REVISORA; ASÍ COMO, REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO EN LA GESTIÓN Y TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES REALIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES SOBRE LOS USOS NO INCLUIDOS EN LOS REGISTROS SANITARIOS - UNIRS, ORIENTADOS A FORTALECER EL ASEGURAMIENTO SANITARIO.				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2026-01-18	FECHA DE INCIO	2026-01-20	FECHA DE TERMINACIÓN	
				2026-11-19	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 97.810.000	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 68.467.000	VALOR A PAGAR	\$ 9.781.000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 58.686.000	VALOR PAGADO	\$ 39.124.000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	PAGO 4
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	N.A.	PERIODO OBJETO DE PAGO	(20 de abril al 19 de mayo del 2026)
BANCO	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA	AHORROS	No DE CUENTA	64471854881
2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					
Ninguna					
3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES					
En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:					
Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato					
Informe de actividades	SI	Facturas	N/A		
Pago Parafiscales	N/A	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	N/A		
Carné	N/A	Otros. Cuales?	N/A		
Indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APOORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	79237789				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	2026-04	2026-05-26	\$ 489.500	SANITAS EPS	
PENSION	2026-04	2026-05-26	\$ 626.500	PROTECCIÓN	
ARL	2026-04	2026-05-26	\$ 20.600	POSITIVA SEGUROS	
CCF	2026-04	2026-05-26	\$ 78.400	COMPENSAR	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
☐ En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: ☐					
☐					
1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. ☐ 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al período de cobro, objeto de la presente certificación. ☐					
En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:		AAAA	MM	DD	
		2026	6	22	
 Gloria Cecilia Peñuela		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:			
Coordinador del Grupo de Apoyo a Salas Especializadas de la Comisión Revisora de la Dirección de Medicamentos y Productos Biológicos		Consecutivo:			
NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9104490	MARCEL BERRIO MEDINA		CLL 6A N 87A 15 INT 37 APT 102	3017540147	mberriom@unal.edu.co
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79237789	26/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,912,400	\$1.215.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	489.100	0		0		0	1	400	0	489.500	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	626.000	0	0	0	0	1	500	0	626.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.500				20.500	1	100	20.600			205	20.600	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	78.300	1	100	78.400	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	489.100	489.500
Pensión	1	626.000	626.500
Riesgos Laborales	1	20.500	20.600
CCF	1	78.300	78.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.213.900	1.215.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9104490	MARCEL BERRIO MEDINA		CLL 6A N 87A 15 INT 37 APRT 102	3017540147	mberriom@unal.edu.co
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		79237789	26/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,912,400	\$1.215.000	

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	REU	TDE	TAF	TAP	YSP	SAN	ISE	SAV	AMV	VOT	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 9104490	BERRIO MEDINA MARCEL	59	O		N													230201	3.912.400	30	626.000	0	0	0	0	EPS005	3.912.400	30	489.100	14-23	3.912.400	30	1	20.500	CCF24	3.912.400	30	78.300	0	0	0	0	0