

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	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: SALIN JOSE BARRIOS MARENCO			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	8539053
CELULAR: 3112287293	CORREO ELECTRÓNICO: salinbarrios@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO	CENTRO DE COSTOS: CESC01 - QUIRURGICO CIRUGÍA GENERAL USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 1970163562	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2047-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	10598	FECHA	01/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	21350	FECHA	22/05/2026
CDP 3	—	FECHA	—	CRP 3	—	FECHA	—
CDP 4	—	FECHA	—	CRP 4	—	FECHA	—
CDP 5	—	FECHA	—	CRP 5	—	FECHA	—
CDP 6	—	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	06	2026	30	06	2026
VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$ 13.101.858	TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 94.941		

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

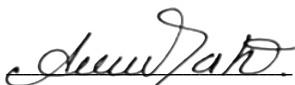
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO
--

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 62.661.060
VALOR EJECUTADO	\$ 49.559.202
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 11.962.566
TOTAL HORAS CONTRATADAS	138
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	126
SALDO POR EJECUTAR	\$ 13.101.858
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79.1 %

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
\$ 5.012.885	\$ 1.125.000	\$ 1.530.000	III	\$ 219.300	\$ 2.874.300	89915050

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio 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 SALIN JOSE BARRIOS MARENCO CC: 8539053
---	---

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				UNIDAD: HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO						
No. DE CONTRATO: 2047-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: SALIN JOSE BARRIOS MARENCO				DOCUMENTO: 8539053						
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 (%): 79.1 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					SE CUMPLERON STANDARES DE PROCUCCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL					
2 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					CUMPLI CON LOS PROCESOS PRIORITARIO ESTABLECIDOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE CIEUGIA GENERAL CON LA NORMATIVA VIGENTE					
3 Realizar recibo y entrega de turno diligenciando los formatos institucionales					REALICE ENTREGA DE TUROS CON EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION					
4 Cumplir con las actividades asignadas de acuerdo a 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					CUMPLI CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS COMO RESPUESTA DE INTERCONSULTAS RONDA MEDICA EVOLUCIONES Y PROCEDIMIENTOS QIRUGICOS QUE SE EVIDENCIA EN LOS REGIOSTROS DE HISTORIA CLINICA					
5 Realizar seguimiento a los pacientes en sus posts operatorios dejando registro en la historia clínica					SE REALIZO SEGUIMIENTO A LOS POST OPERATOROS DEJANDO REGISTRO DE ELLO EN LAS HISTORIAS CLINICAS					
6 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					SE BRINDO INFORMACION A USUARIOS Y FAMILIARES EXPLICANDO ESTADO DEL PACIENTE CONDICION DE SALUD ACLARANDO POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES Y PLANES DE MANEJO					
7 Aplicar las Políticas institucionales, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos implementados por la institución					SE APLICARON POLITICAS INSTITUCONALES UTILIZANDO INSTRUCTIVOS GUIAS DE MANEJO Y MANUALES INSTITUCIONALES					
8 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública					SE REALIZO NOTIFICCION OBLIGATORIA DE SUCESOS DE SEGURIDAD INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS Y EN EVENTOS DE SALUD PUBLICA EN TODOS LO CASOS REQUERIDOS					
9 Registrar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día					SE REGISTRO PERMANENTEMENTE EN LOS SISTEMAS DE INFORMACION					
10 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente					SE CUMPLICO CON LAS CAPACITACIONES VIRTUALES Y PRESENCIALES CONVOCADAS POR LA SUD RED NORTE					
11 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 EVALUACONES PARA EVALUAR LOS CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA A LOS PRCESOS, PROCEDIMIENTOS, GUIAS Y MANUALES					
12 Cumplir con el cuidado de los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual					SE CUMPLIO CON EL CUIDADOS DE EQUIPOS Y ELEMENTOS PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL					
13 Asistir a los comités intra y extrainstitucionales, cuando sea requerido					SE ASISTIO A LOS COMITES EN LOS CASOS QUE SE FUE REQUERIDO					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
14 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 PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LA SUB RED SE APLICARON LAS HERRAMIENTAS Y LOS SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION DE CALIDAD
15 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 CUMPLIO CON LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EL DESARROLLO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL FAVORENCIENDO EL PROCESO DE HABILITACION Y ACREDITACION INSTITUCIONAL
16 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 APOYO LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE FORMA ARMONICA CON OTROS SERVICIOS DE LA INSTITUCION
17 Cumplir con criterios de autocontrol de insumos medico quirúrgicos en la prestación del servicio y en el desarrollo de las actividades	SE CUMPLIERON CRITERIOS DE AUTOCONTROL EN CASOS DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS Y EN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES
18 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	SE APLICARON LOS PRINCIPIOS Y VALORES INSTITUCIONALES HACIENDO ENFASIS EN EL TRABAJO DISGNO Y LA HUMANIZACION DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO CON USUARIOS FAMILIA Y COMPAÑEROS PARA APOYAR LA HABILITACION

OBSERVACIONES:

126 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

\$ 11.962.566 – ONCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA SALIN JOSE BARRIOS MARENCO CC: 8539053	Fecha: 30/06/2026  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
CC	8539053	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		calle 22 a n 50 55 t 3 apto 1206	6014745225	SALINBARRIOS@GMAIL.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
		89915050	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.874.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional									
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	1.125.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	0	1.125.000	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.440.000		0	0	45.000	45.000	0	0		1.530.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria													
14-11	ARL SURA	890903790-5	219.300		No. Autorización	Valor		219.300	0	0	219.300			2.193	219.300	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
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	1.125.000	1.125.000
Pensión	1	1.530.000	1.530.000
Riesgos Laborales	1	219.300	219.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.874.300	2.874.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	8539053	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO		calle 22 a n 50 55 t 3 apto 1206	6014745225	SALINBARRIOS@GMAIL.COM
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
		89915050	05/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.874.300	

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	Columna exterior	ING	RET	TDE	TAL	TAP	UP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VOT	INTL	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 8539053	BARRIOS MARENCO SALIN JOSE			59	0		N																	25-14	9.000.000	30	1.440.000	0	0	45.000	45.000	EPS002	9.000.000	30	1.125.000	14-11	9.000.000	30	3	219.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Información básica de la planilla

Empresa:	SALIN JOSE BARRIOS MARENCO	NIT:	8539053
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2026
Número de Radicación:	89915050	Total a pagar:	\$2,874,300
Fecha de vencimiento:	12/06/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	05/06/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	365747799
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$219,300
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$1,530,000
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0	\$1,125,000
						\$2,874,300

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

365747799

Destino de pago

COMPENSAR-OI

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

04/06/2026

Número de aprobación

00747799

Dirección IP

186.86.110.176

Valor transacción

\$ 2.874.300,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

186.86.110.176

Referencia 2

CC

Referencia 3

8539053

Forma de Pago: Contado
Método de Pago: Consignación Bancaria
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 04/06/2026 07:43 PM
Fecha de Emisión: 04/06/2026 07:43 PM
Responsabilidad Tributaria: R-99-PN
Responsabilidad Tributaria: No aplica
Régimen Fiscal: 49

Emisor: SALIN JOSE BARRIOS MARENCO
Razón Social: SALIN JOSE BARRIOS MARENCO
Nit del Emisor: 8539053
Correo Electrónico: salinbarrios@gmail.com
Teléfono: 311 2287293
Dirección: BOGOTA, CL 22 A 50 49 TO 3 AP 1206
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
País: Colombia

Receptor: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
Razón Social: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE
Identificación: 900971006
Correo Electrónico: facturaelectronica@subrednorte.gov.co
Teléfono: 6014431790
Dirección: CALLE 66 No 15-41
Responsabilidad Tributaria: ZZ
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.
País: Colombia



#	Cod Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA	Total
1	1	HONORARIOS HONORARIOS COMO CIRUJANO GENERAL CORRESPONDIENTE DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2026	126.00	cada	94,941.00	11,962,566.00	0.00	11,962,566.00

Detalles:

Son: ONCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS
HONORARIOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO ESPECIALISTA CIRUJANO GENERAL EN LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E CORRESPONDIENTES DEL 01 AL 30 DEL MES DE JUNIO DE 2026 NUMERO DE HORAS : 126 HORAS VALOR DE LA HORA \$ 94.941 POR VALOR \$ 11.962.566 CONTRATO N° 2047 -2026 RESOLUCIÓN DIAN # 18764105929989 DE 16-02-2026 DAVIVIENDA # 0001970163562

Cuentas Bancarias

ahorros DAVIVIENDA 001970163562 (Dólares)

La presente factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art 779, Código del comercio). Con esta el comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este Título Valor - Art 476 Exentos de IVA - No soy gran contribuyente - No soy Declarante de IVA – No soy Auto retenedor - Actividad ICA (Bogotá) 8621- Tarifa 9.66 x 1000.

CUFE :

67a608c65ecea38419732ec6a2cc9422399194cd589d0834881780b6bbd09cfe9c5e6979fd52df4fb7542bce3184b689

Detalle de Venta

Subtotal:	COP 11,962,566.00
Monto Bruto:	COP 11,962,566.00
Monto IVA:	COP 0.00
Total Venta:	COP 11,962,566.00
Total a pagar:	COP 11,962,566.00

Firma Digital:

aHXVbXTIGZZVTPaj8Vng5yW2okXaiWCRUQpBkftwUPlkZqVH0x9DRqp+Orc3+h6l OqK+vimK8bsXQ/FkKqff+oXSgLSU/K6uCeg0GfijeP2gujOmuQP2uSarDzJ1xB SvyNBrgMCebriWdn0+dFUR9LY5kgOjxcRvkyvn8fBh5OAwRleg45l5ng4Gt5v p7J6Bfxs4COKuVcTuRmycR8MjaREqd49glQcxHqOHnGagDoARbXrFG6z8FV5Gx6u A/Fye3X33VlzAQQVW0u6LanUfTT1Wanuot8WXv5SPxhgyT0Uf37F+xtXLJeD0+IE KqeRISRymYcJXTKNRb20Q==