| Pagina: 1 de 2 | ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS | POLICÍA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 2BS-FR-0021 | | |
| Fecha: 12-03-2021 | PLANILLA ASIGNACIÓN TURNO-TRÁMITE DE CUENTAS | |
| Versión: 5 | | |

**Radicado GEPOL No.** _____

Grado _____

Nombres y apellidos del funcionario a quien se tramita la cuenta _____

Cargo del funcionario _____

TURNO No. (Consecutivo Anual -DIRAF) N/A

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. SISCO: | | No. REGISTRO QUIPU (aplica para DISAN): | |
| No. CONTRATO: | 81-5-20069-23 | FECHA DE RECIBIDO : | |
| VALOR PAGO: | $ 261.994,00 | NUMERO DE RADICADO SIIF: | |
| VALOR QUE SE AMORTIZARÁ CON EL PAGO A TRAMITAR : | | CONTRATISTA: | E.S.E SAN JOSE DE FLORIAN |
| No. FACTURA (S) O CUENTA DE COBRO | TOTAL FACTURAS 2 FE 740296 A LA FE740297 | NIT DEL CONTRATISTA: | 804008698-3 |

**DOCUMENTOS PARA EL TRÁMITE DE CUENTAS**

| | | |
|---|---|---|
| 1. EL CONTRATISTA REALIZÓ EL ENDOSO DE LA FACTURA O CUENTA DE COBRO | SI _____ | NO ____X____ |
| 2. EL CONTRATISTA SOLICITÓ LA CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS DEL CONTRATO | SI _____ | NO ____X____ |
| 3. LA CESIÓN DE DERECHOS ECONOMICOS DEL CONTRATO ESTÁ AUTORIZADA POR EL ORDENADOR DEL GASTO | SI _____ | NO ____X____ |

ENDOSADA A: (RELACIONAR NOMBRE, NIT Y CUENTA BANCARIA DEL TERCERO CESIONARIO BENEFICARIO DEL PAGO) N/A

CUENTA BANCARIA: _____N/A_____

| | | |
|---|---|---|
| 4. NÚMERO DEL REGISTRO PRESUPUESTAL DEL CONTRATO QUE SOPORTA EL TRÁMITE DE PAGO (REGISTRADO EN SECOP) | | |
| 5. CONSTANCIA DE RECIBIDO EXPEDIDA POR EL SUPERVISOR/COORDINADOR/INTERVENTOR DEL CONTRATO A SATISFACCIÓN (ORIGINAL) | | ✓ |
| 6. FACTURA ORIGINAL: | | ✓ |
| 7. CERTIFICACIÓN DE APORTES PARAFISCALES VIGENTE, DE FECHA: | No 26833823 del 2023/06/23 | ✓ |
| 8. NÚMERO DE PEDIDO SAP DEL SERVICIO Y/O BIEN: | N/A | |
| 8.1 NÚMERO DE ENTRADA QUIPU DEL BIEN (APLICA PARA DISAN): | N/A | |
| 9. APROBACIÓN DE GARANTÍA, CONTRATO, ADICIÓN O PRÓRROGA -PUBLICADA EN SECOP | | ✓ |
| 10. CONTRATO, ADICIONES, PRÓRROGAS Y/O MODIFICACIONES. PUBLICADOS EN SECOP | | ✓ |
| 11. COPIA FIEL DEL ORIGINAL DEL PAGO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCIÓN FIC, CONTRATOS DE OBRA. | | N/A |
| 12. ENDOSO DE FACTURAS Y/O CESIÓN DE DERECHOS ECONÓMICOS. PUBLICADO EN SECOP | | N/A |
| 13. CERTIFICACIÓN BANCARIA DEL CESIONARIO DEL ENDOSO Y/O CESIÓN DE DERECHOS, PUBLICADA EN SECOP. | | N/A |
| 14. DOCUMENTOS QUE ACREDITAN EL CUMPLIMIENTO DE PAGO APORTES SALUD Y PENSIÓN, REMUNERACIÓN SERVICIOS (ORIGINAL). PARAGRAFO 1 ARTÍCULO 4 DEL DECRETO 2271 DEL 18 DE JUNIO DE 2009, | | |

OBSERVACIONES : _____

LA CUENTA BANCARIA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO SE ENCUENTRA ACTIVA EN SIIF SI _X_ NO ____

FIRMA

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES DEL FUNCIONARIO QUE TRAMITA LA CUENTA)

CARGO Y UNIDAD

ESTE CAMPO APLICA SÓLO PARA LOS CASOS EN QUE SE REALIZA LA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURACIÓN O CUENTA DE COBRO

REQUIERE LA ANULACIÓN DEL TURNO.

POSTFIRMA (GRADO, APELLIDOS Y NOMBRES) DEL FUNCIONARIO QUE REALIZA LA DEVOLUCIÓN: _____

SI_____ NO_____

FIRMA _____

MOTIVO DEVOLUCIÓN: _____

FECHA DE DEVOLUCIÓN: _____

Nro. RADICADO COMUNICACIÓN OFICIAL DEVOLUCIÓN:_____

| | |
|---|---|
| Ciudad y fecha: | Barbosa 14 de Julio 2023 |
| Unidad: | Regional de Aseguramiento en Salud No 1 |
| Tipo de contrato | <table><tr><th>Tipo de contrato</th><th>Marque el tipo de contrato</th></tr><tr><td>Orden de compra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de obra</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de consultoría</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de prestación de servicios</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de compraventa</td><td></td></tr><tr><td>Contrato de suministro</td><td></td></tr><tr><td>Contrato interadministrativo</td><td>X</td></tr></table> |
| Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No. | 81-5-20089-23 |
| Constancia de recibido No. | 2 |
| Contratista: | E.S.E HOSPITAL SAN JOSE DE FLORIAN |
| NIT del contratista: | 804008698-3 |
| Objeto del contrato o aceptación de oferta: | LA PRESTACION DE SERVICIO DE CONSULTA MEDICA POR MEDICINA GENERAL ,HOSPITALIZACION,ATENCION DE URGENCIAS PRODEDIMIENTOS SALUD ORAL VACUNACION,LABORATORIO CLINICO AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS DE I NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE TENGA HABILITADA LA ENTIDAD ,INCLUIDO MODELO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD,RUTA MATERNO PERINATAL ,RUTA DE ORONICON Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD,RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA GRUPOS DE RIESGO EN SALUD,RUTA INTEGRAL DE SALUD PARA EVENTOS ESPECIFICOS E INTEVENCIONES Y ACCIONES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA PARA LOS USUARIOS Y BENEFICAIRIOS DEL SUBSITEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL PARA EL MUNICIPIO DE FLORIAN SANTANDER Y SU ZONA DE INFLUENCIA,MUNICIPIO PERTENECIENTE POR REGIONAIZACION A LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 1SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL ACUERDO 002 DEL 2001 CSSMP. |
| Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra): | N/A |
| Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra: | DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000) MONEDA LEGAL COLOMBIANA, PARA LA VIGENCIA 2023 |
| Plazo de ejecución: | 26/04/2023 al 30/12/2023 |
| Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra) | N/A |
| Lugar de ejecución y/o entrega | MUNICIPIO DE FLORIAN, DEPARTAMENTO DE SANTANDER, TERCER DISTRITO DE POLICIA,BARBOSA |
| Incumplimiento del plazo de ejecución SI x_NO__ | A la fecha se presentan retrasos en la facturación y las obligaciones suscritas por la entidad sin cumplir con los tiempos establecidos |
| Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña: | Intendente ABELARDO DIAZ TORRES Jefe del Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa. |
| Fecha de entrega certificada: | Del: 27/06/2023 Al:27/06/2023 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2023 | Unidad | Recurso | Descripción del bien o servicios recibidos | Valor recibido | Valor facturado | Valor a amortizar y/o descontar * | Valor a pagar |
| | RASES1 | 16 | Prestación de servicios | $261.994,00 | $261.994,00 | 0 | 0 |
| Acta de recepción de bienes | N/A | | | | | | |

| No. factura | Fecha factura | Valor factura | Nota crédito o débito | Valor neto |
|---|---|---|---|---|
| FE740296 | 12/07/2023 | $ 44.080,00 | $00 | $ 44.080,00 |
| FE740297 | 12/07/2023 | $ 217.914,00 | $00 | $ 217.914,00 |
| Valor total bienes y/o servicios recibidos | | **$261.994,00** | $00 | **$261.994,00** |

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: el contrato antes mencionado tiene por objeto la prestación de servicio de consulta médica por medicina general ,hospitalización, atención de urgencias procedimientos salud oral vacunacion,laboratorio clínico ayudas diagnósticas y todos los servicios relacionados de I nivel de complejidad que tenga habilitada la entidad ,incluido modelo de atención integral en salud, ruta materno perinatal ,ruta de crónicos y mantenimiento de la salud, ruta integral de atención para grupos de riesgo en salud, ruta integral de salud para eventos específicos e intervenciones y acciones de detección temprana y protección específica para los usuarios y beneficiarios del subsistema de salud de la policía nacional para el municipio de la Belleza Santander y su zona de influencia, municipio perteneciente por regionalización a la unidad prestadora de salud Boyacá regional de aseguramiento en salud 1 según lo establecido en el acuerdo 002 del 2001 CSSMP.

Informe de Actividades Mensual: los servicios se prestaron dentro del plazo de ejecución, cumpliendo con las especificaciones técnicas y condiciones estipuladas en el contrato, pago de los aportes al sistema general de seguridad social, por lo cual se avala el pago de las facturas relacionadas correspondiente al periodo del 27/06/2023 Al: 27/06/2023
Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor, dejo constancia que la facturación se está presentando por fuera de lo pactado en los términos iniciales del proceso de contratación, a la fecha tienen un tiempo de retraso en la entrega de 8 días. Acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los bienes y servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas

| No. | Obligación Contractual o especificación técnica | CUMPLIO si__ No___ | Observaciones y Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | El contratista cumple con el 100% de las especificaciones de las condiciones técnicas y garantías exigidas en la invitación y oferta presentada de acuerdo al contrato | si_x_ No___ | Justificada en la documentation y atencion de usuarios y beneficiaries |
| 2 | Obrar en lealtad y Buena fe en las distintas etapas contractuales ,evitando dilaciones y trabas | si_ x _ No___ | Cumple de acuerdo a lo pactado en el objeto del presente contrato |
| 3 | Responde en los plazos que la regional de aseguramiento en salud No 1 establezca en cada caso, los requerimientos de aclaración o de información formulados | si__ No_x__ | Para la presente vigencia certificada del mes de Junio 2023 no radican la facturacion dentro de los terminos establecidos para assignacion de RAS |
| 4 | Guarda la confidencialidad en la información que por cualquier medio conoce o manipula | si_ x _ No___ | Cumple de acuerdo a lo normado para el tema de confidencialidad |
| 5 | Mantiene active la cuenta Corrientes o de ahorros reportada para pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato | si_ x _ No___ | Cumple con mantener activa su cuenta bancaria |
| 6 | Designa un funcionario para la ejecución del contrato indicando nombre y apellido, numero telefónico y | si_ x _ No___ | Funcionario designado karol Toloza tel 3142898916-correo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **correo electrónico** | | **facturacioneselabelleza @gmail.com** |
| 7 | **El contratista se compromete a mantener vigente la póliza de responsabilidad civil durante la ejecucion del contrato en cumplimiento a lo establecido en el dcto 1082 del 2015** | **si_ x _ No___** | **Cumple, seta se encuentra vigente a la fecha** |
| 8 | **El contratista asigna las citas para especialidades y procedimientos diagosticos dentro de los plazos establecidos** | **si_ x _ No___** | **Se asigna de acuerdo a la disponibilidad de la oferta con oportunidad de 03 dias** |
| 9 | **El contratista presta en forma continua y permanente el servicio de urgencias con internación las 24 horas del dia durante los siete días de la semana bajo los principios de eficacia universalidad y solidaridad** | **si_ x _ No___** | **Los servicios de urgencias se prestan de manera cointinua por parte de la E.S.E san martin de la Belleza** |
| 10 | **El contratista garantiza la tarifa ofertada para medicamentos e insumos durante el plazo de ejecución del contrato, incluyendo adiciones y modificaciones** | **si_ x _ No___** | **Se garantiza la tarifa ofertada soportada en la atencion a la recepcion de cuentas por parte del supervisor** |
| 11 | **el contratista informa al supervisor de contrato u al jefe de la regional de aseguramiento en salud No 1 respecto de los inconvenientes presentados en el desarrollo o ejecución del contrato** | **si_ x _ No___** | **Informa a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista** |
| 12 | **El contratista ha informado al supervisor del contrrato ejecución superior al 50% del contrato y en un 70% del valor del contrato** | **si_ x _ No___** | **a la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista** |
| 13 | **El contratista ha reporta eventos adversos dentro de los términos estipulados durante la ejecución del contrato** | **si_ x _ No___** | **A la fecha no se ha presentado informe de ejecucion por parte del contratista** |
| 14 | **El contratista presenta la facturación electronica,previamente validada por la DIAN como requisito para el pago de los bienes y servicios contratados conforme a las disposiciones del dcto 358 del 05/03/2020 concordante con lo dispuesto en la res 00042 del 05/05/2020** | **si_ x _ No___** | **Verificada la informacion radicada el contratista cumple con la facturacion electronica radicada para el mes de enero** |
| 15 | **Asume la confidencialidad e integridad de la información institucional dada la naturaleza a realizar en el desarrollo del objeto contractual** | **si_ x _ No___** | **Assume la confidencialidad de la informacion de acuerdo a la normatividad vigente** |
| 16 | **Cumple con las obligaciones ,frente al Sistema de seguridad social, parafiscales.(cajas de compensación familiar ,SENA ICBF** | **si_ x _ No___** | **No 26833823 del 2023/06/23** |

**NOTA:** para la radicación de la constancia de recibo a satisfacción, el supervisor deberá acompañarla, con el informe de supervisión correspondiente al periodo o la entrega certificada, junto con la publicación de la factura por parte del contratista en el SECOP II – Plan de pagos.

Intendente ABELARDO DIAZ TORRES
Jefe Establecimiento de Sanidad Primario Barbosa

# ESE SAN JOSE DE FLORIAN

Número de Identificacion Tributaria : 804008698-3

hospitalfloriansantander@hotmail.com Dirección: Calle 4 N° 3-06 Teléfono: 3114753347

**Cuenta de cobro N° : FE87874**

Resolución DIAN facturas electrónicas N° 18764009732783 de fecha 15/01/2021. Autoriza FE734166 al FE741416. Resolución vence: 15/01/2022

Fecha elaboración: 12/07/2023

Señor(es):

## REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°1

Número de identificacion tributaria: 900336524-5

Contrato de prestación de servicios número:

Valor servicios: $261.994

Valor copago: $

Valor neto a pagar: $261.994

En letras:

**DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

Por concepto de prestación de servicios a sus afiliados del contrato:

**REGIONAL DE ASEGURAMIENTO N°**

Durante el periodo comprendido entre:

El día jueves, 1 de junio de 2023 y el día viernes, 30 de junio de 2023

SE ANEXAN MEDIOS MAGNÉTICOS, EPICRISIS PARA LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS, FACTURAS INDIVIDUALES Y CONSOLIDADOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Total servicios remitidos: 2

Elaboró:

YENI ANDREA CARREÑO SANCHEZ

REPRESENTANTE LEGAL

Favor consignar cheque a la cuenta de ahorros N° 460503000742 de BANCO AGRARIO de la ciudad de FLORIAN

Esta factura o cuenta de cobro se manejará según lo descrito en el Decreto # 4747 del 2,007 en especial a sus artículos 23 y 24 y al Decreto Ley 1122 en especial al artículo 13 numeral d)

# JPORTE DE PRE-RADICADO DE RIPS EN LINEA

| | | | |
|---|---|---|---|
| nero de Pre -Radicado | 372339 | Fecha Pre-Radicado | 7/12/2023 11:33:45 AM |
| nbre de la Entidad | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSÉ DE FL | Vlr Ini de Cargue | $261,994 |
| tidad de Facturas Registradas | 2 | Vlr Fin de Cargue | $261,994.00 |
| ES/UPRES HOCEN/DISAN | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD REGI | | |

oto que los valores y datos registrados en los RIPS, son los mismos que se encuentran en las facturas, conforme a la normatividad vigente

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSE DE FLORIAN |
| IDENTIFICACION: | NI-804008698 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-06-23 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-06-26 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-06-23 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AGRARIO |
| PERIODO PENSION: | 2023-05 |
| PERIODO SALUD: | 2023-06 |
| NUMERO PLANILLA: | 26833823 |
| TOTAL COTIZANTES: | 3 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 26833823 |
| TIPO DE PLANILLA: | E |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EP[redacted] | 800088702 | EPS SURA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 524.800 | $ 524.800 |
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 199.400 | $ 199.400 |
| EPS042 | 900226715 | COOSALUD | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 317.100 | $ 317.100 |
| Subtotal Salud | | 3 | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.041.300 | $ 1.041.300 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.332.900 | $ 1.332.900 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.332.900 | $ 1.332.900 |
| 14-25 | 800226175 | COLMENA | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.000 | $ 203.000 |
| Subtotal ARL | | 1 | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 203.000 | $ 203.000 |
| CCF39 | 890200108 | CAJASAN | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 333.400 | $ 333.400 |
| Subtotal CCF | | 1 | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 333.400 | $ 333.400 |
| PASENA | 899999034 | SENA | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 166.800 | $ 166.800 |
| PAICBF | 899999239 | ICBF | 3 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.000 | $ 250.000 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.327.400 | $ 3.327.400 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 26/07/2023 |

# CERTIFICADO.

La gerente de la **ESE SAN JOSE**, del municipio de Florián Santander; certifica que la entidad está al día en el pago de los aportes del Sistema General de Seguridad Social, Salud, Riesgos Laborales, Pensión y aportes parafiscales en lo correspondiente al mes de **JUNIO** 2023.

Expedida el día Cinco (05) de Julio del presente año.

**YENNY ANDREA CARREÑO SANCHEZ**
Representante Legal ESE SAN JOSE DE FLORIAN

Banco Agrario de Colombia

*Hay más campo para todos*

# A QUIEN INTERESE

El Banco Agrario de Colombia certifica que:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JOSE DE FLORIAN ESE identificado(a) con N 804.008.698-3 se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad con una Cuenta de ahorros, número 460503000742 desde 27/03/2006

Se expide esta certificación el día 14/06/2023

**BANCO AGRARIO DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL

SECCIONAL DE SANIDAD
PLANILLA CONSOLIDADO

| AREA DE SANIDAD | IPS | NUMERO DE RADICACION | FECHA DE RADICACION DE LA FACTURA | N° DE FACTURA | FECHA DE LA FACTURA | FECHA DE LA ATENCION | NOMBRE DEL USUARIO | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL USUARIO | CUPS | DX CIE 10 | VALOR DE LA FACTURA | FECHA DE AUTORIZACION POR REFERENCIA PONAL | VALOR DE GLOSA | VALOR ACEPTADO IPS | VALOR ACEPTADO POR PONAL | VALOR A PAGAR | CONCILIADO SI O NO | OBSERVACION | COBRO USUARIO | CONTRATO O URGENCIAS | AUTO COSTO | RESOLUCION DE URGENCIAS | CONTINGENCIA | INCLUSION | RECURSOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BOYACA | ESE SAN JOSE DE FLORIAN | | | FE740296 | 06/06/2023 | 27/06/2023 | CRSITOBAL SANCHEZ ANGULO | 1099542989 | MEDICINA GENERAL | I10X | 44.080 | 27/06/2023 | | | | | | | 36 AÑOS | CONTRATO 81-5-20089-23 | | | | | |
| BOYACA | ESE SAN JOSE DE FLORIAN | | | FE740297 | 06/06/2023 | 27/06/2023 | CRSITOBAL SANCHEZ ANGULO | 1099542989 | LABORATORIOS | I10X | 217.914 | 06/07/2023 | | | | | | | 36 AÑOS | CONTRATO 81-5-20089-23 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TOTAL 261.994