



**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR  
TESORERIA**

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Versión             | 3             |
| Fecha de aprobación | 2/15/2018     |
| Código:             | 04-02-FO-0002 |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

|                                             |                 |                      |                                  |   |     |                 |          |            |    |
|---------------------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------------------|---|-----|-----------------|----------|------------|----|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 |                      | MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE    |   |     |                 |          |            |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 |                      | C.C                              | X | C.E |                 | No.      | 1032460542 |    |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 |                      | mafe-po@hotmail.com              |   |     |                 | CELULAR: | 3115793809 |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                      |                                  |   |     | SUBRED          |          |            |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |                      | EQUIPO ATENCION EN CASA FONTIBON |   |     | SEDE:           | SUBRED   |            |    |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                    |                                  |   |     |                 |          |            |    |
|                                             | FO08K33-5       | 100                  |                                  |   |     |                 |          |            |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                  |   |     | TIPO DE CUENTA: |          | AHORRO     |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |                      | 550488403313908                  |   |     |                 |          | PENSIONADO | NO |

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

|                    |      |       |                            |               |       |       |                            |
|--------------------|------|-------|----------------------------|---------------|-------|-------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5024 |       |                            | VIGENCIA      | 2023  |       |                            |
| NÚMERO DE CDP      | 378  | FECHA | 2024-01-26<br>14:41:46.000 | NÚMERO DE CRP | 12354 | FECHA | 2024-01-31<br>13:00:00.000 |

OBJETO DEL CONTRATO: PROFESIONAL EN MEDICINA

|                      |       |               |       |             |
|----------------------|-------|---------------|-------|-------------|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL |
|                      |       | 2024-01-01    |       | 2024-01-31  |

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

\$7,098,352

|                   |             |                     |     |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A |
|-------------------|-------------|---------------------|-----|

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

|                                         |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$63,885,168 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$38,886,624 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$7,098,352  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$24,998,544 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 61%          |

El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

|                    |                   |                          |                        |           |            |               |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
| 73515452           | \$2,839,341       | \$354,918                | \$454,295              | 3         | \$69,166   | \$878,378     |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021



CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS



| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES                                                                                                 | PRODUCTOS                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | realizar las actividades planeadas en el lineamiento del modelo de salud territorial salud a mi barrio      | realización de valoraciones clínicas casa a casa o en rutas según lo plantee el modelo de salud territorial      |
| 2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | generar estrategias y orientación para evitar los daños de salud presente en la familias caracterizadas     | generar estrategias y orientación para evitar los daños de salud presente en la familias caracterizadas          |
| 3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | generar orientación y disminuir barreras de acceso a la salud de las familias valorizadas                   | generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas             |
| 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | asistir a las reuniones que genere la SD                                                                    | asistir a las reuniones que genere la SD                                                                         |
| 5. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial                       | generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas             |
| 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial                    | presentar historias clínicas y sircs de familias caracterizadas                                                  |
| 7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | tener todos los soportes que requiere la SDS para auditoría de las familias caracterizadas                  | tener al día las historias clínicas de familias caracterizadas                                                   |
| 8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | presentar cada mes el número de familias caracterizadas en la estrategia de salud a mi barrio               | cumplir con el número de familias caracterizadas, matriz de caracterización de las familias e historias clínicas |
| 9. Informar oportunamente sobre CONTRATO NUMERO: 5024-2023<br>CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE - CEDULA No. 1.032.460.542 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional y en el marco del Convenio 0002 de 2023. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE. (\$ 7.098.352) VALOR HONORARIOS MES: (\$ 7.098.352) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 08 de junio de 2023 SUPERVISOR : PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADOR CONDICIONES CONTRACTUALES cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | realizar las correcciones y hallazgos de las valoraciones realizadas                                        | acta de corrección de hallazgos                                                                                  |
| 10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Portar elementos de identificación, carné institucional, chaqueta, maletín de manera adecuada               | Portar elementos de protección personal y realizar atención domiciliar de manera correcta en tiempos y calidad   |
| 11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | dar respuesta a la comunidad según los lineamientos del programa de salud territorial                       | generación de sircs, recomendaciones, autorizaciones e historias clínicas de familias caracterizadas             |
| 12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | realizar la entrega de los documentos que requiere los lineamientos de salud territorial                    | presentar historias clínicas y sircs de familias caracterizadas                                                  |
| 13. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | tener equipos en buen estado de igual forma portar de buena manera la chaqueta y el carné de la institución | buen uso de equipos y de chaqueta y carné                                                                        |
| 14. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | cumplir con todo el lineamiento de entrega del modelo de salud territorial                                  | cumplir con el tiempo de subir historias clínicas y sircs                                                        |



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE

CC 1032460542 de Bogotá

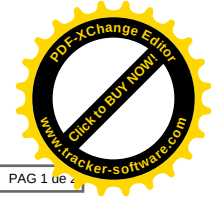
La suma de (\$8'062.802), OCHO MILLONES SESENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS por concepto de servicios prestados como Profesional en medicina en el programa Modelo de Atención Territorial en Salud, en la sede de Asunción Bochica, durante el periodo de 1 al 31 de Enero de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5024-2023

MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE

CC 1032460542 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 488403313908



| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 14/02/2024               | 74250394        | \$882.700     |     |

| 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS008        | Compensar EPS | 860066942-7 | 355.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 5         | 1.600                 | 0              | 356.600       | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 454.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 5         | 2.100                 | 0              | 456.500       | 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 | 69.200                 |                  |       |                        | 69.200                | 5         | 400                   | 69.600              |                            |                     | 692               | 69.600        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| 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                              | 355.000                             | 356.600       |
| Pensión                | 1                              | 454.400                             | 456.500       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 69.200                              | 69.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 878.600                             | 882.700       |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1032460542        | MARIA FERNANDA POSADA ALCALDE |        | calle 189 #46-10 | 8777783            | mafe-po@hotmail.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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                   |               |                          |                 | UPC           |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1             |
|                      |                                   |               |                          |                 | 0             |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
| 2024-01              | 2024-01                           | I             | 14/02/2024               | 74250394        | \$882.700     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                               |  |  |  |           |         |           |                       |           |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |       |     |     |                   |     |     |         |          |           |              |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
|-----------------------|------|-----------------------|-------------------------------|--|--|--|-----------|---------|-----------|-----------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|------|-----|-------|-----|-----|-------------------|-----|-----|---------|----------|-----------|--------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------------------------|----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                               |  |  |  |           |         |           | INFORMACIÓN NOVEDADES |           |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |      |     | SALUD |     |     | RIESGOS LABORALES |     |     | CCF     |          |           | PARAFISCALES |                      |                      |                                |                                 |          |         |                        |          |         |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres           |  |  |  | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clasificación         | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP     | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IOE   | IOE | VAC | AVP               | AVP | IRL | CONSEJO | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización   | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |   |
| 1                     | CC   | 1032460542            | POSADA ALCALDE MARIA FERNANDA |  |  |  | 59        | 0       |           | N                     |           |     |     |     |     |         |     |     |     |      |     |       |     |     |                   |     |     |         | 230301   | 2.840.000 | 454.400      | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | 0        | EPS008  | 2.840.000              | 355.000  | 14-23   | 2.840.000       | 3          | 69.200     |         | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 | 0 |

PAGADA