



SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

FORMATO CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA

Código:
HSR-ARF-APR-P01-M02-F08

Versión: 01

Página: 1 de 1

HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL E.S.E

CERTIFICADO PARA LA AUTORIZACION DE PAGOS AL CONTRATISTA.

INFORMACION DEL CONTRATISTA:

Nombre o Razón Social

JOSÉ NELSON SÁNCHEZ NÚÑEZ

NIT:

93.132.773

INFORMACION DE CONTRATO

Número

234

Fecha de Suscripción

29 DE SEPTIEMBRE DE 2023

Fecha de iniciación de Actividades

01 DE OCTUBRE DE 2023

Nombre del Supervisor:

DIANA MARCELA SÁNCHEZ MOLINA

CONCEPTO DEL SUPERVISOR:

EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD Y EN EL TIEMPO PACTADO
CON EL OBJETO Y OBLIGACIONES CONTRATADAS

SI

X

NO

POR LO CUAL SE AUTORIZA EL PAGO QUE CORRESPONDE A:

Primero

Segundo

Tercero

Cuarto

Otro X

OCTUBRE

Valor del pago

\$ 330,000

Saldo del contrato

\$ 660,000

OBSERVACIONES: CUENTA DE COBRO No.195

Ciudad y Fecha: El Espinal Tolima,

Firma Supervisor:

faw.

06 DIC 2023



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR

CODIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13		VERSION: 01		PAGINA: 1 de 2	
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL S.S.E					
1. Datos generales					
Número del contrato:	234		Fecha de suscripción:	29/09/2023	
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		Fecha de inicio:	1/10/2023	
Nombre o razón social contratista:	JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ		Número de cédula o NIT:	93 132 773	
Periodo del informe:	1	10	2023	al	31 10 2023
Interventor:	N/A		Plazo de ejecución:	TRES (03) MESES	
Supervisor:	DIANA MARCELA SANCHEZ MOLINA		Número de cédula o NIT:	N/A	
Nombre funcionario o contratista apoyo a la supervisión:	N/A		Número de cédula:	52 711 958	
Cargo funcionario o contratista apoyo a la supervisión:	N/A		Objeto:	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE PERIFONEO PARA LA DIFUSION DE MENSAJES DE PROMOCION DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACION DEL AREA DE INFLUENCIA PARA EL HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL S.S.E	
2. Información presupuestal					
Valor del contrato:	\$ 990 000	Información presupuestal	Valor CDP	\$ 990 000	Número CDP
			Valor RP	\$ 990 000	Número RP
				569	Fecha CDP
				664	Fecha RP
					27/09/2023
					29/09/2023
2.1 Adiciones y Prórrogas (si aplica)					
Valor adición contrato:	\$ 0	Información presupuestal	Valor CDP	\$ 0	Número CDP
			Valor RP	\$ 0	Número RP
Prórroga 1:	N/A	Prórroga 2:	N/A	Observaciones:	
2.2 Valor y plazo total					
Cantidad de adiciones (Suma la cantidad de adiciones realizadas)	0	Valor total de contrato (Valor inicial + Valor total de las adiciones)	\$ 0	Plazo Total de Ejecución (Plazo inicial + prórrogas)	
				0	
2.3 Anticipo (si aplica)					
Valor Anticipo	0	Porcentaje de Amortización	0	Fecha Pago del Anticipo	dt mm aa
3. Estampillas					
Nombre de Estampilla Pro	Número Estampilla		Valor		Fecha
Hospitales Universitarios Públicos del Departamento	73-4327730610233031		\$ 10.000		6/10/2023
Electificación Rural	73-7327730610235447		\$ 5.000		6/10/2023
Cultura	73-9327730610237871		\$ 10.000		6/10/2023
4. Cumplimiento de Obligaciones					
Concepto general		SI	NO	Observaciones	
Cumplimiento de obligaciones generales del contrato					
Cumplimiento de obligaciones específicas del contrato					



FORMATO INFORME SUPERVISOR O INTERVENTOR

CÓDIGO: HSR-ACO-GCR-M01-F13	VERSIÓN: 01	PÁGINA: 2 de 2																				
HOSPITAL SAN RAFAEL DE EL ESPINAL S.S.E																						
5. Garantías (Si aplica).																						
Amparos	Compañía aseguradora	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">No. de póliza</th> <th style="width: 20%;">Desde (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">hasta (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">Valor del amparo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No. de póliza	Desde (Día/mes/año)	hasta (Día/mes/año)	Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)	Valor del amparo															
No. de póliza	Desde (Día/mes/año)	hasta (Día/mes/año)	Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)	Valor del amparo																		
5.1 Ampliaciones garantías (Si aplica).																						
Amparos	Compañía aseguradora	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">No. de póliza</th> <th style="width: 20%;">Desde (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">hasta (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)</th> <th style="width: 20%;">Valor del amparo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	No. de póliza	Desde (Día/mes/año)	hasta (Día/mes/año)	Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)	Valor del amparo															
No. de póliza	Desde (Día/mes/año)	hasta (Día/mes/año)	Vigencia Fecha aprobación (Día/mes/año)	Valor del amparo																		
5. Balance financiero del contrato:																						
Valor ejecutado en el periodo:	\$ 330,000	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Valor Total Ejecutado</th> <th style="width: 20%;">\$</th> <th style="width: 20%;">Saldo por ejecutar</th> <th style="width: 20%;">\$</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Valor Total Ejecutado	\$	Saldo por ejecutar	\$																
Valor Total Ejecutado	\$	Saldo por ejecutar	\$																			
7. Verificación Pago al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.																						
<p>La supervisión y/o interventoría verifico el cumplimiento del contratista de sus obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral y parafiscales conforme a los documentos (planillas, pagos, certificaciones) allegados por el contratista en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la ley 759 de 2002. " (...) verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes mencionados durante toda su vigencia, estableciendo una correcta relación entre el monto cancelado y las sumas que debieron haber sido cotizadas. (...) Cuando la contratación se realice con personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal. (...) Nota: Esta verificación se hará cada vez que exista pago a favor del contratista, dependerá de la forma de pago pactada</p>																						
Número de Planilla de Aportes	N° 9457940711 DEL MES DE OCTUBRE DE 2023 FECHA DE PAGO 23/10/2023																					
Certificación pago de Aportes																						
Fecha emisión de Informe	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p><i>Quere</i></p> <p>Nombre Supervisor y/o Interventor: DANA MARCELA SANCHEZ MOLINA</p> <p>Cargo SUPERVISOR PROFESIONAL</p> <p>UNIVERSIDAD COMERCIAL DE LA GUAYANA</p> <p>ELABORADO POR: GUTIERREZ</p> </div> <div> <p>N/A</p> <p>Nombre apoyo a la supervisión:</p> <p>Cargo o Contrato:</p> </div> </div> </div>																					
<p>Revisado por: CRISTHIAN CAMILO RAMIREZ</p> <p>NEVISADO POR: GUTIERREZ</p>		<p>OFICINA JURIDICA</p> <p>APROBADO POR: GUTIERREZ</p>																				
FECHA: 31/10/2023		FECHA: 31/10/2023																				

ORDEN DE PAGO No. 79683**HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE**

Nit 890701033

DÍA MES AÑO

24 oct 2023

SEÑOR(a) TESORERO(a): SIRVASE PAGAR A FAVOR DE:

Nombre y Apellidos: SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

C.C ó Nit: 93132773

Factura: DS477/CC195

Contrato: 234

La suma de : Trescientos Siete mil Quinientos Sesenta Pesos M/Cte.

Por concepto de : Servicios prestados de perifoneo, para la difusión de mensajes de prevención y conservación de la salud de la población del área de influencia del HSR Espinal, según contrato 234, durante el periodo OCTUBRE de 2023

Concepto	Valor Afectado	(-) Descuento	Neto a Pagar
Valor Cuenta de Cobro	330,000		
Retefuente Servicios PN 6%		19,800	
Rete Ica de Servicios 0.80 %		2,640	
Total Anticipos		0	
TOTALES ----->			307,560

No. Registro	Vigencia	Codigo	Vigencia	Fondo	Valor
664	2023	212020200803	2023	001	330,000

RECIBI EL VALOR DE LA PRESENTE FACTURA O CUENTA DE COBRO A CONFORMIDAD

Recibí : _____

CXP - Autorizado _____

C.C / Nit



SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

Documento : 93132773 Dirección : MZ N CASA 11 B/LA CEIBA Teléfono : 3155826772

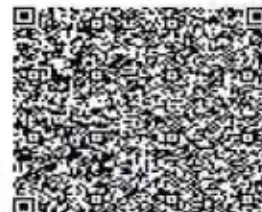
Código Postal : 733520, Espinal, Tolima

Email : NOSLENSANCHEZ@HOTMAIL.COM

Régimen: No Responsable de IVA

Documento Soporte en
Adquisiciones
Efectuadas a No Obligados a
Facturar

DS477



- INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE -

Razón Social : ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL

Nit : 890701033

Dirección : CALLE 4 # 8 29

Teléfono : 6082482818

Dirección de Notificación Electrónica : factoelectronica@hsre.gov.co

- INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO -

Emisión : 24.10.2023 Fecha Recepción : 24.10.2023 Modalidad de Pago : Contado Plazo : 0 Días.

Página 1 de 1

Detalle de servicios prestados para el documento número :

DS477



Código	Descripción	Fecha	Tipo de Operación	Valor/Unitario	Cantidad	Valor Total
OSOCT23	Servicios prestados de peritoneo, para la difusión de mensajes de prevención y conservación de la salud de la población del área de influencia del HSR Espinal, según contrato 234, durante el periodo OCTUBRE de 2023		Por operación	\$ 330,000.00	1	\$ 330,000.00

SON : TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS M/L.

Subtotal : \$ 330,000.00

Descuento : \$ 0.00

Total : \$ 330,000.00

Observaciones :

Aceptado

ROSA ANGELICA GUZMAN SANCHEZ

SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

Hago constar que he recibido a satisfacción los Bienes y Servicios aquí relacionados

Autorización 18764054512892 aprobado en 2023-08-25 prefijo DS desde el número 1 al 5000 Vigencia: 12 Meses

- Representación Gráfica - Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas a No Obligados a Facturar

Código Único de Documento Soporte - CUDE

:784290c1d3f43912a435ce7a7cc14942eabb3cb0a58287b7c615a7daa31e02b46c8a6281bdd88582fd215cdc1a70b709



EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ

NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

Espinal, octubre de 2023

CUENTA DE COBRO No. 195

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL
Nit. 890.701.033-0

DEBE A:

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal

LA SUMA DE:
Trescientos treinta mil pesos(\$330.000) m/c.
Cuenta de ahorros Bancolombia
No. 41145849509

POR CONCEPTO DE:

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE PERIFONEO, PARA LA
DIFUSIÓN DE MENSAJES DE PROMOCION. PREVENCIÓN Y
CONSERVACIÓN DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÓN DEL AREA DE
INFLUENCIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL, SEGÚN EL
CONTRATO 234 DEL 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, del periodo del 01 al 30 de
octubre de 2023.

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal



EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ

NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

Espinal, octubre de 2023

CUENTA DE COBRO No. 195

HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL
Nit. 890.701.033-0

DEBE A:

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal

LA SUMA DE:
Trescientos treinta mil pesos (\$330.000) m/c.
Cuenta de ahorros Bancolombia
No. 41145849509

POR CONCEPTO DE:

CONTRATAR LA PRESTACION DEL SERVICIO DE PERIFONEO, PARA LA
DIFUSIÓN DE MENSAJES DE PROMOCION. PREVENCIÓN Y
CONSERVACIÓN DE LA SALUD DIRIGIDA A LA POBLACIÓN DEL AREA DE
INFLUENCIA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE EL ESPINAL, SEGÚN EL
CONTRATO 234 DEL 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2023, del periodo del 01 al 30 de
octubre de 2023.

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ
C.C. No. 93.132.773-1 Espinal



EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ

NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

PROGRAMACION PERIFONEO
CONTRATO 234 DEL 29 DE SEPTIEMBRE DE 2023

A CONTINUACION PRESENTO PROGRAMACIÓN DEL PERIFONEO DEL MES DE OCTUBRE DEL 2023 EN EL MUNICIPIO DE EL ESPINAL:

LUNES 09

9 A 10 PM

BARRIOS (Centro, santa margarita Ma.).

5 A 6 PM

BARRIOS (caballero y Góngora, centro, Isaías olivar).

MARTES 10

11 AM - 12 PM

BARRIOS (Altamira, villa Laura, Arkabal, Balcanes).

3 PM A 4 PM

BARRIOS (la magdalena, la cascada, las palmeras, villa Andrés, la esperanza, San pedro).

MIERCOLES 11

10 A 11 PM

BARRIOS (el recreo, villa catalina, Isaías olivar).

3 PM A 4 PM

BARRIOS (san Rafael, la ceiba, caballero y Góngora).



EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ

NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO

VIERNES 13

11 A 12 PM

VEREDAS (Caimanera, Coyarco, Puerto Peñón).

4 A 5

BARRIOS (Chicoral)

MARTES 17

11 A 12 PM

BARRIOS (Ciudadela Cafasur, los Palmares, Entre Ríos).

MIERCOLES 18

8:30 A 9:30 AM

BARRIOS (centro, rondón, libertador, Arkabal, Balcanes, Santa Margarita María)

2 PM A 3 PM

BARRIOS (Vereda La Arenosa, San Francisco y Chicoral).

TOTAL, HORAS: 11

Cordialmente,

JOSÉ NELSON SÁNCHEZ NUÑEZ

Cel. 3152875165



EL SHOFAR NOTICIAS

JOSE NELSON SANCHEZ NUÑEZ

NIT. No. 93132773-1 REGIMEN SIMPLIFICADO



2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14779483962



4157707212489984(8020) 000001477948396 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

9 3 1 3 2 7 7 3

1

Impuestos y Aduanas de Bogotá

9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

9 3 1 3 2 7 7 3

27. Fecha expedición

19960827

Lugar de expedición 28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Tolima

7 3

30. Ciudad/Municipio

Espinal

2 6

31. Primer apellido

SANCHEZ

32. Segundo apellido

NUÑEZ

33. Primer nombre

JOSE

34. Otros nombres

NELSON

35. Razón social

36. Nombre comercial

EL SHOFAR NOTICIAS Y PUBLICIDAD

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Tolima

7 3

40. Ciudad/Municipio

Espinal

2 6

41. Dirección principal

BRR LA CEIBA MZA N CASA ONCE

42. Correo electrónico

noslensanchez@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3152875165

45. Teléfono 2

3134976632

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

6 0 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 4 0 3 2 6

Actividad secundaria

48. Código

5 9 1 1

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 4 0 3 2 3

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

3 4 7 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49. No responsable de IVA

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario (RUT), tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2021-08-17/09:24:56

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 16.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016.

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																					
Identificación		dir	Razon Social		Clase Aportante		Sicursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF							
CC 9313779			SANCHEZ NUNEZ JOSE NELSON		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		MANZANA C. CASA 8 BARRIO LA SEIBA		ESPINAL-TOLEMA		9551555	SI							
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																					
Periodo		Clave			Tipo	Fecha			Pago												
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Límite	Pago		Banco		Días Mora		Valor								
2023-10	2023-10	333058006		9457940711	1	2023/11/20	2023/10/23		BANCOLOMBIA		0		\$336.700								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				
Nº.	Identificación	Nombres		Código	Días	IBC	Aporte		Código	Días	IBC	Aporte		Código	Días	IBC	Aporte		Código	Días	IBC
Sicursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,160,000	\$185,600				\$1,160,000	\$145,000				\$0	\$0				\$1,160,000
Centro de Trabajo: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS (1 Afiliados)						\$1,160,000	\$185,600				\$1,160,000	\$145,000				\$0	\$0				\$1,160,000
Ciudad: ESPINAL Depto. TOLEMA (1 Afiliados)						\$1,160,000	\$185,600				\$1,160,000	\$145,000				\$0	\$0				\$1,160,000
1	CC 9313779	SANCHEZ JOSE		9313779	30	\$1,160,000	\$185,600		EP2017	30	\$1,160,000	\$145,000		8		\$0	\$0		04.10.10	30	\$1,160,000
Total Afiliados(1)						\$1,160,000	\$185,600				\$1,160,000	\$145,000				\$0	\$0				\$1,160,000

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 95192723		SANCHEZ NUÑEZ JOSE NELSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MARIE C. CASA 6 BIR LA SCIBA	ESPIRAL-TOLIMA	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-10	2023-10	233658606	9457940711	F	2023/11/20	2023/10/23	BANCOLOMBIA	0	\$336,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$185,600	\$0	\$0	\$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,100	\$0	\$0	\$6,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$145,000	\$0	\$0	\$145,000
TOTAL				1	\$336,700	\$0	\$0	\$336,700