

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.3</b> | Elaborado por: Jairo<br>Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado<br>por: Andrea Pedroza<br>Molina |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESPACHO – SUBDIRECCIÓN –<br/>DIRECCIÓN U OFICINA:<br/>SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR<br/>DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS</b>                                                                                                                                        | <b>CONTRATO No.</b><br>CO1.PCCNTR.1498139                                                                                              | <b>PERIODO DEL CONTRATO:</b><br>Fecha de Inicio: 15-04-2020<br>Fecha de Terminación: 14-07-2020 |
| <b>ENTIDAD CONTRATANTE:</b><br>FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD                                                                                                                                                                                                | <b>PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES</b>                                                                                                     |                                                                                                 |
| <b>CONTRATISTA: MARÍA PAULA CHALA HERNÁNDEZ</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>PRÓRROGA: N/A</b><br>Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A                                                              |                                                                                                 |
| <b>SUPERVISOR (Nombre y cargo):</b><br>Diana Constanza Rodríguez Posso<br>Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud                                                                                                                       | <b>SUSPENSIÓN: N/A</b><br>Fecha de Inicio: N/A<br>Fecha de Terminación: N/A<br><b>PERIODO DEL INFORME:</b><br>15 a 30 de Abril de 2020 |                                                                                                 |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID-19 para el ejercicio de la regulación de la urgencia médica, de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. |                                                                                                                                        |                                                                                                 |

| BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO                   |              |
|---------------------------------------------------|--------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO:                       | \$ 9.000.000 |
| VALOR ADICIÓN:                                    | \$N/A        |
| VALOR PAGADO AL CONTRATISTA:                      | \$0          |
| VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME: | \$1.600.000  |
| SALDO POR EJECUTAR:                               | \$7.400.000  |

| ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES<br>(Las estipuladas en la minuta del contrato)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | AVANCE ACTIVIDADES<br>(Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EVIDENCIAS O SOPORTE<br>(Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)                                                                                                                       |
| 1. Realizar la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19 que ingresen al Centro Operativo a través de la Línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil.           | Para el desarrollo de esta actividad, se realizaron 26 registros en el sistema SIDCRUE, con el usuario mpchala para la gestión integral de los incidentes relacionados con COVID-19, que ingresaron al Centro Operativo a través de la Línea 123 o a través de otros canales de comunicación, en el ejercicio de rectoría del Sistema de Emergencias Médicas, aplicando lo definido en el Procedimiento de Regulación de la Urgencia Médica establecido para el perfil. | Se adjunta certificación del registro de incidentes en CD, del usuario mpchala en el archivo "Registros Abril SIDCRUE-Paula Chala".                                                                      |
| 2. Realizar las acciones de apoyo, que permitan la respuesta ante situaciones de Urgencias, Emergencias y Desastres, incluyendo la activación de la cadena de llamadas, alertas hospitalarias, Salud Pública, así como el apoyo en la elaboración de los respectivos informes y documentos técnicos relacionados con la situación de Urgencias, Emergencia y Desastre. | Para el desarrollo de esta actividad no se realizaron las acciones de apoyo. Para esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | N/A                                                                                                                                                                                                      |
| 3. Cumplir con las condiciones para la ejecución del contrato de conformidad con las necesidades del servicio atendiendo a las                                                                                                                                                                                                                                         | Se cumplieron las condiciones para la ejecución del contrato en circunstancias de modo, tiempo y lugar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se adjuntan listados de asistencias en CD archivos "Asistencia 14-04-2020"; "Asistencia 16-04-2020"; "Asistencia 18-04-2020"; "Asistencia 20-04-2020"; "Asistencia 22-04-2020"; "Asistencia 24-04-2020". |

Planilla Abril  
R. +

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                           |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p align="center"><b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.3</b></p> | <p>Elaborado por: Jairo<br/>Armando Moreno<br/>Revisado y Aprobado<br/>por: Andrea Pedroza<br/>Molina</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| circunstancias de modo, tiempo y lugar.                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 4. Participar en las diferentes orientaciones y reuniones, que sean convocadas por la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y la Subdirección centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud. | Durante el periodo se asistió el 09-04-2020 a la capacitación del SIDCRUE. Así como a la capacitación del PREMIER ONE el 14-04-2020 y el 16-04-2020.                                                 | Se adjunta el listado de asistencia a capacitación del SIDCRUE en CD archivo "Capacitación SIDCRUE 09-04-2020". El listado de asistencia de la capacitación del PREMIER ONE está en custodia del ingeniero, pues no fue enviado hasta el momento de la realización del informe. |
| 5. Las demás que le sean asignadas y que sean necesarias para atender la emergencia que se presenta en Bogotá D.C. por el COVID-19.                                                                      | Para el desarrollo de esta actividad no se asignaron ni se realizaron otras actividades para atender la emergencia por el COVID-19. Para esta actividad únicamente se realizó recepción de llamadas. | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                             |

#### ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: N/A

**DECLARACIÓN:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que será responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

#### INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

| APORTES EN SALUD      |               | APORTES EN PENSIÓN    |          | APORTES RIESGOS LABORALES |          |
|-----------------------|---------------|-----------------------|----------|---------------------------|----------|
| Empresa:              | COMPENSAR EPS | Empresa:              | PORVENIR | Empresa:                  | ARL SURA |
| Suma cancelada:       | 58.600        | Suma cancelada:       | 75.000   | Suma cancelada:           | 11.500   |
| No Planilla:          | 42144115      | No Planilla:          | 42144115 | No Planilla:              | 42144115 |
| Mes(es) cancelado(s): | ABRIL         | Mes(es) cancelado(s): | ABRIL    | Mes(es) cancelado(s):     | ABRIL    |

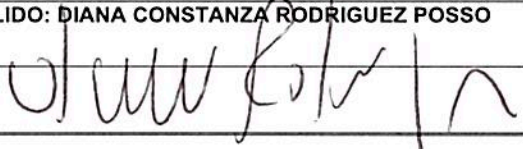
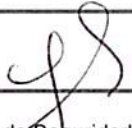
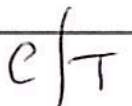
#### EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

|                                                             |                                                          |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo: |                                                          | Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, CORDIS, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades: |  | Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación): |  |
| <b>CONTRATISTA</b>                                          | <b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b> Maria Paula Chala Hernández. |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|                                                             | <b>FIRMA:</b> Paula Chala.                               |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |
|                                                             | <b>No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> C.C. 1018499697.      |                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                      |  |

#### INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 17,77% de ejecución del contrato. | <b>OTRAS OBSERVACIONES:</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</b><br>SECRETARÍA DE SALUD | <b>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES<br/>ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA<br/>SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN<br/>SDS – FFDS<br/>Código: SDS-CON-FT-014 V.3</b> | Elaborado por: Jairo<br>Armando Moreno<br>Revisado y Aprobado<br>por: Andrea Pedroza<br>Molina |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

|                   |                                                                                                                                                                                     |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUPERVISOR</b> | <b>NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CONSTANZA RODRIGUEZ POSSO</b>                                                                                                                           |
|                   | <b>FIRMA:</b>                                                                                     |
| <b>REVISÓ</b>     | <b>NOMBRE Y APELLIDO: YANIDIS ANDREA PINILLA ARMENTA</b>                                                                                                                            |
|                   | <b>FIRMA:</b>   |

Anexo: Comprobantes de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud y Pensión y un CD.



|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.<br/>SECRETARÍA DE SALUD</p> | <p>SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN<br/>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br/>CONTROL DOCUMENTAL<br/>ACTA DE INICIO<br/>Código: SDS-CON -FT-005 V.3</p> | <p>Elaborado por: Haidy<br/>Yadira Franco<br/>Revisado por: Flover<br/>Moreno<br/>Aprobado por: Zamadha<br/>Gelvez -Subdirectora de<br/>Contratación.</p> |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## ACTA DE INICIO

CONTRATO No. 1498139 DE 2020

ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

CONTRATISTA: MARÍA PAULA CHALA HERNÁNDEZ

IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA: 1018499697

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo y gestionar los eventos relacionados con COVID-19 para el ejercicio de la regulación de la urgencia médica, de acuerdo con las necesidades de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.

VALOR DEL CONTRATO: NUEVE MILLONES DE PESOS MCTE. (9.000.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: 3 MESES

FECHA DE INICIACION: 15 de Abril de 2020

FECHA DE TERMINACION: 14 de Julio de 2020

CLASE DE CONTRATO: Contrato de Prestación de Servicios

SUPERVISOR: La supervisión del contrato será realizada por el Subdirector (a) del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y/o quien designe el Secretario Distrital de Salud y Director Ejecutivo del FFDS.

Para constancia se firma la presente acta por los que en ella intervienen, una vez leída y aprobada.

Dada en Bogotá D.C., a los Quince (15) días del mes Abril del año Dos Mil Veinte (2020).

SUPERVISORA:

DRA. DIANA C RODRIGUEZ POSSO  
Subdirectora Centro Regulador  
de Urgencias Y Emergencias

CONTRATISTA:

*Paula Chala*

**DIANA CONSTANZA RODRÍGUEZ POSSO**  
Subdirectora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

**MARÍA PAULA CHALA HERNÁNDEZ**



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |                            |              |                        | DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |                    |     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|--------------------|-----|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO     | CORREO                 | PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | UPC |
| CC                  | 101849697         | Maria Paula Chula Hernandez | Carrera 10 A numero 181 71 | 8144779      | paulechula97@gmail.com |                      |                                    |               |                           |                 | 1                  | 0   |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO                     | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO     | PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                  |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR      |     |
| UNICA               | I - Independiente |                             |                            | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C.           | 2020-04              | 2020-04                            | 1             | 27/04/2020                | 42144115        | \$145.100          |     |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |                     |           |                       |                |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|---------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    | Licencia Maternidad | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC |
| EPS003        | Compensar EPS | 860066942-7 | 58.600                 | 0             | No. Autorización | Valor               | 0         | 0                     | 0              |
|               |               |             |                        |               |                  |                     |           | Total a Pagar         | No. Afiliados  |
|               |               |             |                        |               |                  |                     |           | 58.600                | 1              |

| TOTALES PENSION |          |             |                        |               |                            |                             |                          |                           |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora     |
| 230301          | Porvenir | 800224608-8 | 75.000                 | 0             | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0             |
|                 |          |             |                        |               |                            |                             |                          | Total a Pagar             | No. Afiliados |
|                 |          |             |                        |               |                            |                             |                          | 75.000                    | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |               |                       |           |                       |                     |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|---------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    | Aportes Otros | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 11.500                 | No. Autorización | Valor         | 11.500                | 0         | 0                     | 11.500              |
|                           |          |             |                        |                  |               |                       |           | Fondo Solidaridad     | Total a Pagar       |
|                           |          |             |                        |                  |               |                       |           | 115                   | 11.500              |

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

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |                        |  |                                |                                     |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | TOTALES POR SUBSISTEMA |  |                                |                                     |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             | Tipo Administradora    |  | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|                      |           |                   |               |               | Salud                  |  | 1                              | 58.600                              | 58.600        |
|                      |           |                   |               |               | Pensión                |  | 1                              | 75.000                              | 75.000        |
|                      |           |                   |               |               | Riesgos Laborales      |  | 1                              | 11.500                              | 11.500        |
|                      |           |                   |               |               | CCF                    |  | 0                              | 0                                   | 0             |
|                      |           |                   |               |               | ESAP                   |  | 0                              | 0                                   | 0             |
|                      |           |                   |               |               | ICBF                   |  | 0                              | 0                                   | 0             |
|                      |           |                   |               |               | MEN                    |  | 0                              | 0                                   | 0             |
|                      |           |                   |               |               | SENA                   |  | 0                              | 0                                   | 0             |
|                      |           |                   |               |               | TOTALES                |  | 3                              | 145.100                             | 145.100       |