Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	19.419.089

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1077 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRA	**$** 20.517.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 175.421.376		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 8.206.848**
Nº DE INFORME:	11 DE 11	**Nº CRP:**	13654	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**9**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**5**	**PRORROGAS**	**9**	
VALOR ADICIONADO	$ 8.035.872	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21024	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.497.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23929	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.165.152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.284.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32133	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 46.163.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36081	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3224	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43533	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**			**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA	

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de Cirugía general: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías que requieren intervención quirúrgica (aparato digestivo, pared abdominal, piel y tejidos blandos, sistema endocrino) del paciente adulto, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.
3	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realizó las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se ofertó el servicio
5	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
6	Llevó registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantuvo actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
7	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
8	Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
9	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .
13	como contratista respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	participó en la programación de actividades del servicio.

9	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
10	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Garantizó la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas .
13	como contratista respondi por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia
14	Apoye la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
15	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
16	participó en la programación de actividades del servicio.
17	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
18	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
19	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio
20	Porte el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**7945187861**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**14/11/2024**	**$ 550.000,00**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**14/11/2024**	**$ 704.000,00**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**14/11/2024**	**$ 107.200**
OTRO			
		TOTAL PAGADO	**$ 1.361.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IB
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente



PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
CC: 19419089
CEL: 310 5621788

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA	**CC:**	19419089
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	papinzoncge@yahoo.com	**TELÉFONO:**	3105621788
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 2 A # 18-34	**CIUDAD:**	Bogotá

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	**(X)**
SI tomaré costos y deducciones	**( )**

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	040255366

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1077 2024**	**N° CDP:**	**3224**	**N°. RP:**	**43533**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**20/3/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO**
						$ 175.421.376

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 8.206.848** **OCHO MILLONES DOSCIENTOS SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/C**

PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA

CC 19419089

CEL 310 5621788

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**19.419.089**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1077 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 20.517.120				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 175.421.376			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 8.206.848,00**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP INICIAL:**	13654	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7945187861	**OPERADOR:**	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION HOSPITALARIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ - DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	9	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				5	9
VALOR ADICIONADO	$ 8.035.872	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21024	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.497.088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	23929	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 13.165.152	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28739	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.284.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32133	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 46.163.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36081	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3224	**RP DE LA ADICIÓN:**	43533	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		XX	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTORA TÉCNICA CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **SAUL ARDILA DURAN** **PERFIL:** **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 232 GRADO 032**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19419089
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PABLO ALEJANDRO PINZON AVILA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 2 A 18-34	TELÉFONO:	3332901
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945187861**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1048474525		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 704.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 704.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 550.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 550.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 107.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 107.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.361.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.361.200**