Secretaría Distrital 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

DANY FABIAN BELTRAN DIAZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.857.115		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1345 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 35.454.336	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 95.375.857		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.647.688**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	13517	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 ONCE MESES 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN**		5	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	92.329	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24139	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	8.124.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28955	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	11.079.480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32343	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	33.238.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36291	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	7.386.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45679	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**			N/A

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	Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determidos dentro del plan de manejo de su especialidad, con alto nivel científico, ético y humano de 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	Brindar una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada realizada 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	Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
7	Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos
8	Emitir conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados
9	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	Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
11	Utilizar 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 datos se ocasionen por negligencia o decuada manipulación de los mismos
12	Reportar al área de Recursos Fisicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.

13	El contratista deberá responder por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.
14	Apoyar 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	Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.
16	Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso atención paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
17	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
18	Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
19	Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.
20	Asistir a las jornadas dadas de capacitación, inducción,reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9478398266**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**3/12/2024**	**$ 943.900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**3/12/2024**	**$ 1.283.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**3/12/2024**	**$ 184.000**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 2.411.700**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
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 periodo correspondiente

Dany Beltran D.

DANY FABIAN BELTRAN DIAZ

80.857.115

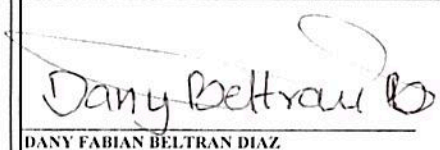
3123283321

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**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANY FABIAN BELTRAN DIAZ	**CC:**	80857115
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	danybeltran@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3123283321
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 69b # 24a-51 Torre 3 Apto 303	**CIUDAD:**	BOGOTA
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			
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 ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**52600024086**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1345 2024**	**Nº CDP:**	**3757**	**Nº. RP:**	**45679**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:11 ONCE MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 95.375.857**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**6.647.688**
	SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE					



DANY FABIAN BELTRAN DIAZ
80857115
3123283321

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		**DANY FABIAN BELTRAN DIAZ**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		**80.857.115**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO PEDIATRA 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 1345 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 35.454.336				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 95.375.857	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.647.688**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	11 de 11	**N° CRP INICIAL:**	13517	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 ONCE MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478398266	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				5	6
VALOR ADICIONADO	$ 92.329	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	24139	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.124.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28955	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.079.480	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	32343	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 33.238.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	36291	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7.386.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**RP DE LA ADICIÓN:**	45679	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

IIL POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE POLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

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 articulo 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

Espacio para
Logo Corporativo

DANY FABIAN BELTRAN DIAZ
NIT 80.857.115-8
110911
Tel: (057) 3123283321
Bogotá - Colombia
danybeltran@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 82

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			**Fecha y hora Factura**	
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3023290575 - Ext. 000	**Generación**	01/12/2024, 14:37
Dirección	DIAGONAL 34 # 5-43	**Ciudad**	Bogotá - Colombia	**Expedición**	01/12/2024, 14:37
				Vencimiento	01/12/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Consulta como especialista de pediatría en Urgencias y Hospitalización durante el mes de diciembre de 2024 - Exento de IVA, Régimen Simplificado de Tributación.	72.00	92,329.00	6,647,688.00

Total items: 1

Total Bruto	6,647,688.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	6,647,688.00

Valor en Letras:
Seis millones seiscientos cuarenta y siete mil seiscientos ochenta y ocho pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 6,647,688.00

Observaciones:
Cuenta de Ahorro Bancolombia 52600024086

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764083668305 aprobado en 20241119 prefijo FE desde el número 81 al 500 Vigencia: 6 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 0441ee3be0a3205c88ac3685db677d0ad035372d12c37fd7f6c446d21f78d441812d17da2a9238999c8631131fb2f01d

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico Siigo SAS - Nit 830085811-6 Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica ver en el XML

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 80857115		BELTRAN DIAZ DANY FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69b 24a 51 torre 3 apt 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
024-11	2024-11	1095492389	9478398266	I	2024/12/05	2024/12/03	NEQUI	0	$2,411,700

QUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				
o.	Identificación	Nombre	ingretdeltaevsplcorvstsln ige lma vac avpvctc irp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
UCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$7,550,831	$1,283,800			$7,550,831	$943,900			$0	$0			$7,550,831		$184,000		$0	$0		$2,411,700
entro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$7,550,831	$1,283,800			$7,550,831	$943,900			$0	$0			$7,550,831		$184,000		$0	$0		$2,411,700
udad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$7,550,831	$1,283,800			$7,550,831	$943,900			$0	$0			$7,550,831		$184,000		$0	$0		$2,411,700
1	CC	80857115	BELTRAN DANY	230301	30	$7,550,831	$1,283,800	EPS002	30	$7,550,831	$943,900		0	$0	$0	14-11	30	$7,550,831	2.4361	$184,000	0	$0	$0	No	$2,411,700
otal	Afiliados(1)					$7,550,831	$1,283,800			$7,550,831	$943,900			$0	$0			$7,550,831		$184,000		$0	$0		$2,411,700

ATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 80857115		BELTRAN DIAZ DANY FABIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69b 24a 51 torre 3 apt 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	SI

ATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
024-11	2024-11	1095492389	9478398266	I	2024/12/05	2024/12/03	NEQUI	0	$2,411,700

ESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
FP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,283,800	$0	$0	$1,283,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,283,800	$0	$0	$1,283,800
RL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,000	$0	$0	$184,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$184,000	$0	$0	$184,000
PS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$943,900	$0	$0	$943,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$943,900	$0	$0	$943,900
OTAL				1	$2,411,700	$0	$0	$2,411,700