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

SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51.768.528				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1193 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01/21/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.243.840**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 51.336.640**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.384.224**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	13405	**N° CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	4.084.448	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21117	**TIEMPO PRORROGADO:**	10 DÍAS
VALOR ADICIONADO	4.983.776	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24028	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	6.070.464	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28839	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	4.796.416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32232	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	15.176.160	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36180	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	6.445.184	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3757	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45579	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	1.536.352	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		NA

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Porta el carnet institucional de la subred durante la ejecucion de las actividades contractuales exceptuando aquellas desarrolladas dentro de las unidades quirurgicas
2	Apoya el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente
3	Participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado
4	Recepcione las cuentas de cobro del pago mensual del personal asistencial (OPS) a los supervisores de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente E.S.E. y radicarlas en cuentas por pagar en los dias estipulados para tal fin
5	Apoya a la entidad en las actividades que demande según requerimiento intrqa y extra institucionales
6	Participa en la elaboracion y actualización de los manuales, procesos, guias de manejo y protocolos asistenciales del área
7	Informa al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones
8	Atiende a los usuarios internos y externos con actitud de servicio y de manera humana, eficaz, calidad y respetuosa
9	Desarrolla las actividades de docencia dirigidas a los estudiantes de instrumentación quirúrgica que realizan práctica clinica en la institución y ofrecer informe a la persona encargada de los estudiantes en cada institución. También desarro
10	Cumple la programación mensual de actividades
11	Notifica los sucesos de seguridad que se presenten en el servicio, participa en los análisis de caso relacionados con el suceso y en los que sea convocado, e implementa las acciones de mejora definidad para el servicio, del análisis realizad
12	Emite conceptos de conformidad con sus actividades profesionales
13	Soporta de manera oportuna, conforme a los tiempos establecidos, el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago de aportes al sistema integral de seguridad social que comprende salúd,pensión y riegos laborales
14	Custodia y responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
15	Ingresa al área quirúrgica portando el vestido quirúrgico completo y de forma correcta como aparece en el protocolo institucional
16	Verifica la programación quirúrgica del quirofano al qie fue asignado, con el propósito de dar cumplimiento a la programación
17	Solicita y registra correctamente el instrumental quirúrgico, dispositivos médicos, y material necesario solicitado en central de esterilización para cada procedimiento
18	Solicita a la farmacia suturas y dispositivos médicos necesarios para realizar el procedimiento quirurgico y devolver el material no utilizado a la farmacia nuevamente
19	Se realiza la limpieza y desinfección del carro de transporte correspondiente en el quirofano asignado al iniciar la jornada y registrar el proceso en el formato correspondiente, para poder trasladar en ellos todos los dispositivos, equipos y demás material estéril necesario para realizar cada procedimiento

20	Responde la lista de chequeo de cirugia segura, voceada por el anestesiologo, verificando el registro de la información, informando toda novedad, firmar al terminar cada procedimiento.
21	Se presenta al paciente e informa su rol durante el acto quirúrgico, antes de dar inicio al procedimiento.
22	Vela por la asepsia y antisepsia dentro del procedimiento quirúrgico asi como la garantia de conservacion de esterilidad del instrumental y equipos utilizados en sala de cirugia
23	Verifica el virage de los indicadores quimicos antes de iniciar el procedimiento, en caso de no ser aceptable, rechazar los elementos según corresponda.
24	Revisa el contenido de cada equipo y el estado del mismo antes de iniciar el procedimiento, en caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermeria, conservando el rotulo demarcado proveniente de la central.
25	Cuenta en voz alta junto con el auxiliar el material medico'quirúrgico que va a ser utilizado durante el procedimiento, tales como gas, compresas, agujas de suturas, cotonoides y demás dispositivos antes de dar inicio al procedimiento quirúrgico, e informa en voz alta al auxiliar de enfermeria circulante de la sala que lo registre en la hoja de verificación y de seguridad.
26	Durante el prodedimiento informar el conteo de material médico'quirúrgico, que se haya recibido con el fin de registrarlo en la hoja de seguridad, sumarlo y contarlo al final del procedimiento.
27	Contar en conjunto con el auxiliar circulante de la sala el instrumental quirúrgico, compresas, gasas, cotonoides, agujas y todo el material quirúrgico utilizado en cavidad, antes del cierre de la cavidad
28	Participa activamente en el procedimiento quirúrgico.
29	Se informa al cirujano tratante el resultado del recuento 'para poder cerrar la cavidad. Una vez terminado el procedimiento, verifique el registro de la informacion en la hoja de seguridad antes de firmar. Entregar las piezas anatomopatológicas al auxiliar de enfermeria par su debido envio a estudi, informando en voz alta el nombre de la muestra, medio de preservación y el destino de la muestra, posteriormente verifique el correcto registro de la hoja de verificación.
30	Terminando el procedimiento quirúrgico recoger todo el instrumental y los dispositivos médicos, colocarlos en los contenedores de transporte de material contaminado, abrir las pinzas con excepción de las pinzas de campo , colocar detergente enzimático y tapar el contenedor.
31	Traslado del contenedor del instrumental quirúrgico en carro de transporte de material contaminado y hacer la entrega en el área de recepción de la central de esterilización, esperar a que el auxiliar del servicio de esterilización realice el conteo respectivo y registrar en el libro correspondiente de central de esterilizacion todos los equipos y materiales entregados para reporcesar
32	Registra en la hoja de gastos de la farmacia los elementos utilizados en el procedimiento quirúrgico
33	Elaborar por sistema la hoja de gastos de material especializado cuando haya lugar
34	Reporta los eventos de seguridad que se presenten durante el procedimiento quirúrgico o relacionados a la atención del paciente, aún cuando no se encuentre directamente involucrado en el procedimiento quirurgico
35	Cumple con el protocolo institucional de comportamiento en quirofano

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9477991289**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	27/11/2024	$ 325.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	27/11/2024	$ 416.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	27/11/2024	$ 63.400
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 804.400

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 período correspondiente

Sonia Claudia Patiño

SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA
51.768.528
3108839896

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA**	**CC:**	51.768.528
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	pcpegaso@gmail.com	**TELÉFONO:**	3108839896
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10F 35 50 SUR	**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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**006570102514**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1193 2024**	**N° CDP:**	**3757**	**N°. RP:**	**45579**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 51.336.640**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 4.384.224** **CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE**					

Sonia claudia Patiño

SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA
51.768.528
3108839896

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	**SONIA CLAUDIA PATIÑO BARBOSA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**51.768.528**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRDA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1193 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**01/21/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**8.243.840**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 51.336.640	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.384.224**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	(12 de 12)	**N° CRP INICIAL:**	13405	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9477991289**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				7	7
VALOR ADICIONADO	$ 4.084.448	**CDP DE LA**	935	**RP DE LA**	21117	**TIEMPO**	10 DÍAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.983.776	**CDP DE LA**	1260	**RP DE LA**	24028	**TIEMPO**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.070.464	**CDP DE LA**	1631	**RP DE LA**	28839	**TIEMPO**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	**CDP DE LA**	2204	**RP DE LA**	32232	**TIEMPO**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 15.176.160	**CDP DE LA**	2622	**RP DE LA**	36180	**TIEMPO**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.445.184	**CDP DE LA**	3757	**RP DE LA**	45579	**TIEMPO**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 1.536.352	**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	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 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 **(01/12/2024) 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** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **SAÚL ARDILA DURAN** **PERFIL:** **MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51768528		PATIÑO BARBOSA SONIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 F 35 -50 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5670998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1078274737	9477991289	I	2024/12/06	2024/11/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$804,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$63,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$63,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$63,400		$0	$0
1	CC 51768528	PATIÑO SONIA	25-14	30	$2,600,000	$416,000	EPS037	30	$2,600,000	$325,000		0	$0	$0	14-7	30	$2,600,000	$63,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,600,000	$416,000			$2,600,000	$325,000			$0	$0			$2,600,000	$63,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51768528		PATIÑO BARBOSA SONIA CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 10 F 35 -50 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5670998	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1078274737	9477991289	I	2024/12/06	2024/11/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$804,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$416,000	$0	$0	$416,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$416,000	$0	$0	$416,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$63,400	$0	$0	$63,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$63,400	$0	$0	$63,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$0	$0	$325,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$325,000	$0	$0	$325,000
TOTAL				1	$804,400	$0	$0	$804,400