CIUDAD: Bogotá , D.C.

FECHA: 31/12/2024

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☐ **NIT** ☐ **No.** 1.030.600.227

CONTRATO No.: CPS_ 663_2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2024 **HASTA:** 31/12/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: TRANSVERSAL 73 N° 11B-33

TELÉFONO: 3202064873

William Mendoza Sandoval

FIRMA
C.C 1.030.600.227

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
ADRES	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	**ADRES-CPS-663-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	1853
Dependencia	Dirección otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	5/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/12/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y	Se efectuó revisión y auditoria de 58 reclamaciones por indemnización de muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas, tal y como se	Se anexa relación de radicados auditados con fecha el cual se denomina: “**Relación de reclamaciones auditadas diciembre”.**	**N/A**

	catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer.	evidencia en el archivo denominado: "**Relación de reclamaciones auditadas diciembre".**	**"Matriz de auditoria diciembre".**	
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registraron los resultados de auditoría de 59 reclamaciones, en los formatos y/o matrices establecidas para la auditoria de indemnización por muerte, gastos funerarios e incapacidades permanentes. "**Relación de reclamaciones auditadas diciembre".**	Para tal efecto se anexa, archivo: **"Matriz de auditoria diciembre".**	**N/A**
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplieron y reportaron las metas de productividad y calidad en el proceso de auditoría de reclamaciones, legibilidad y auditoria según asignación de sublíder y líder del área de reclamaciones de personas naturales.	Para tal efecto se anexa, archivo: "**Relación de reclamaciones auditadas diciembre".**	**N/A**
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, las	Durante el periodo se desarrollaron los siguientes procedimientos en auditoria de indemnización de personas naturales: - Legibilidad 59 reclamaciones	Para tal efecto se anexa, archivo: "**Relación de reclamaciones calidad interna Noviembre".**	**N/A**

	reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección de otras prestaciones.	- Reclamaciones - Comunicaciones de resultados 59	**"Matriz de auditoria diciembre".**	
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**N/A**	**N/A**
6	Informar oportunamente al líder del proceso, al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**N/A**	**N/A**
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	**N/A**	**N/A**

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ

Firma del Contratista

Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 28.505.330	$ 22.044.122	$ 5.701.066	$ 0	$ 760.142

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma **de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE. ($5.701.066) M/CTE**

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9477618778	$ 287,300	01/11/2024	30/11/2024	12/12/2024
Pensión	9477618778	$ 367,700	01/11/2024	30/11/2024	12/12/2024
ARL	9477618778	$ 12,100	01/11/2024	30/11/2024	12/12/2024

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9478833769	$ 286,100	01/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
Pensión	9478833769	$ 366,200	01/12/2024	31/12/2024	12/12/2024
ARL	9478833769	$ 12,000	01/12/2024	31/12/2024	12/12/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:
SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

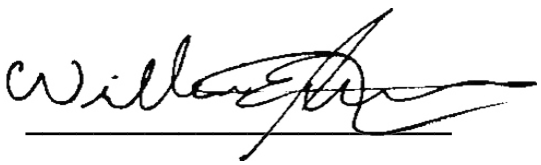
INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante este periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:



William Enrique Torres Rodríguez

Supervisor (es) /Interventor (es).

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
ADRES	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	**ADRES-CPS-663-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	William Enrique Torres Rodríguez	**Teléfono / Extensión**	601 432 27 60
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	5/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	5/08/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$ 28.505.330
Valor adiciones	$ 0
Valor total incluidas las adiciones	$ 28.505.330
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$ 22.044.122
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$ 5.701.066
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	$ 760.142
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	$ 27.745.188

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (SEGUROS DEL ESTADO S.A)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
11-46-101060148	Cumplimiento de Contrato	$ 7,126,332.50	02/08/2024	05/07/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
-	-	-

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

a) Del período comprendido entre el 05/08/2024 al 31/08/2024
b) Del período comprendido entre el 01/09/2024 al 30/09/2024
c) Del período comprendido entre el 01/10/2024 al 31/10/2024
d) Del período comprendido entre el 01/11/2024 al 30/11/2024
e) Del período comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
- Tarajea de acceso	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega)
3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos

OBSERVACIONES	No aplica

En constancia, firmo:



Supervisor (es)/Interventor (es)

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	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	1120376167	9477618778	I	2024/12/06	2024/12/12	BANCO CAJA SOCIAL	6	$667,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
1	CC	1030600227 MENDOZA WILLIAM	230301	30	$2,288,426	$366,200	EPS005	30	$2,288,426	$286,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,288,426	$12,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	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	1120376167	9477618778	I	2024/12/06	2024/12/12	BANCO CAJA SOCIAL	6	$667,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,200	$1,500	$0	$367,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$366,200	$1,500	$0	$367,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$100	$0	$12,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$100	$0	$12,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,100	$1,200	$0	$287,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$286,100	$1,200	$0	$287,300
TOTAL				**1**	**$664,300**	**$2,800**	**$0**	**$667,100**

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1120924761	9478833769	I	2025/01/09	2024/12/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$664,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$0	$0
1	CC	1030600227 MENDOZA WILLIAM	230301	30	$2,288,426	$366,200	EPS005	30	$2,288,426	$286,100		0	$0	$0	14-23	30	$2,288,426	$12,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,288,426	$366,200			$2,288,426	$286,100			$0	$0			$2,288,426	$12,000		$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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1120924761	9478833769	I	2025/01/09	2024/12/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$664,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$366,200	$0	$0	$366,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$366,200	$0	$0	$366,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,100	$0	$0	$286,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$286,100	$0	$0	$286,100
TOTAL				**1**	**$664,300**	**$0**	**$0**	**$664,300**