GOBERNACION DEL MAGDALENA

NIT: 800103920-6

ORDEN DE PAGO

Estado: Aprobado | **Tipo de orden:** Proveedor

Vigencia Fiscal: 2024 | **Orden de Pago No.** 10057

Lugar y Fecha:	SANTA MARTA 05-12-2024
Tipo de Orden:	Proveedor
Pagado a:	RETAT CORREA EDUARDO JULIAN — **Nit/C.C. :** 1082886701
Documento:	Contrato PS-1596-2024
Concepto:	SEGUNDA CUOTA DEL CONTRATO: PS-1596-2024 CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.

Documentos

Fuente: CC **Nro. Fue.** 2024-1905-4 **Per. Fue.** 202412

Nro. CxP: 1905 **Tipo CxP:** 22 CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

Valor Bruto: 4,700,000.00

Imputación Presupuestal

Registros	Rubro Presupuestal	Descripción	Valor
202411-5924	0901-2.1.2.2.2.8.30-R40	OTROS SERVICIOS PROFESIONALES CIENTIFICOS Y TECNICOS	4,700,000.00
		Total Presupuesto:	4,700,000.00

Descuentos y otros		Valores	%
Valor Bruto		4,700,000.00	
Valor IVA:		0.00	
Base Gravable		4,700,000.00	
Deducciones	Base		
Procultura 1%	4,700,000.00	47,000.00	1.0
Prohospital Universitario	4,700,000.00	94,000.00	2.0
Prodesarrollo 1%	4,700,000.00	47,000.00	1.0
Probienestar Adulto Mayor 3%	4,700,000.00	141,000.00	3.0
Refundacion Unimagdalena 2%	4,700,000.00	94,000.00	2.0
Reteica 7 X Mil	4,700,000.00	32,900.00	0.7
Total Deducciones		*455,900.00*	
Anticipos / Amortizaciones		*0.00*	
Valor Neto Ctas Por Pagar		*4,244,100.00*	

Afectación Contable

Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24400401	0.00	32,900.00	IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO
24403501	0.00	47,000.00	ESTAMPILLA PRO CULTURA
24403502	0.00	47,000.00	ESTAMPILLA PRO DESARROLLO
24072201	0.00	94,000.00	ESTAMPILLA PRO HOSPITAL
24072202	0.00	94,000.00	ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD
24403503	0.00	141,000.00	ESTAMPILLA PRO ADULTO MAYOR
24905401	0.00	4,244,100.00	HONORARIOS
51117901	4,700,000.00	0.00	HONORARIOS
TOTALES	4,700,000.00	4,700,000.00	

CP
10:46 Am

09 DIC 2024

HERNANDEZ CAÑATE YESSIKA
DECRETO 0100 DEL 24/03/2020
SECRETARIA DE HACIENDA (E)

RUIZ GOMEZ ALFONSO MIGUEL
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 22205
CONTADOR PUBLICO - T.P. 93699-T

Original - Tesorería, 1 Copia - Proveedor o Contratista

Imprime:

Elaboró: MARIA.MENDOZA

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	GOBERNACION DEL MAGDALENA
Nombre Proceso	OFI NRO 506 REC 40
Fecha Pago	09/12/2024
Hora Pago	11:33

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1082886701	**Referencia**	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3562	**Banco**	BOGOTA
Valor	$ 4.244.100,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACION DEL MAGDALENA
800103920-6

REGISTRO PRESUPUESTAL
VIGENCIA FISCAL 2024

[redacted]	5924
[redacted]	1266

CON DESTINO AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NUMERO PS-1596-2024 **DE FECHA** 01/11/2024

A NOMBRE DE: 1082886701 RETAT CORREA EDUARDO JULIAN

OBJETO:
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.

SOLICITANTE: CELEDON SANCHEZ DIANA ESTHER

Rubro	Nombre	Valor
Gastos de Funcionamiento		
0901-2.1.2.2.2.8.30-R40	Otros Servicios Profesionales Cientificos Y Tecnicos	9,400,000.00
Total:		**9,400,000.00**

R40 RENDIMIENTOS RENTAS CEDIDAS - DIRECCIÓN 9,400,000.00

Dado en Santa Marta a los 01 días del mes de noviembre del 2024

VILLA ORTIZ ARLENIS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 22205

Rev. Subs - Diana Celedon
OK Para OP
05/12/2024

Gobernación del Magdalena
04/12/2024 09:39 Folios: 18 Anexos: 0
Remite: Señora EDUARDO RETAT CORREA
Destinatario: AREA FUNCIONAL DE CONTABILIDAD
Asunto: CTA 02 CTO 1596-24 EDUARDO RETAT
R-2024-28470

Rev. Diana Celedon
05/12/2024

RV IEL
Revisada 4/12/24

Elaboró: MARIA.MOSQUERA **Imprime:** MARIA.MOSQUERA

FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES	
A. INFORMACIÓN GENERAL	
Contrato N°	No. 1596 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024
Nombre del Contratista	EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
N° de identificación	1.082.886.701
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.
Valor total del Contrato	$9.400.000 (NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE)
Valor de honorarios periodo	$ 4.700.000 (CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE.)
N° Pago / N° de informe:	2 DE 2
N° CDP	1266 DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2024
N° CRP	5924 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024
Plazo del Contrato	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024 CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO POR LAS PARTES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO
Fecha del Acta de Inicio	1 DE NOVIEMBRE DE 2024.
N° de planilla de pago de Seguridad social	**9477421995**
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**DIANA ESTHER CELEDON SÁNCHEZ** Secretaria Seccional de Salud Magdalena.
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)	
N° de modificación	**N/A**
Tipo de modificación (adición – prórroga)	**N/A**
Valor adicionado	**N/A**
CDP de la adición	**N/A**
CRP de la adición	**N/A**
Tiempo prorrogado	**N/A**
C. POLIZAS (si aplica)	
N° de póliza	**N/A**
Nombre de la aseguradora	**N/A**
Fecha de la póliza	**N/A**
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**
D. ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO** *(Deben ser coherentes con las actividades específicas del objeto del contrato)*

1.	Realicé la valoración de las entidades que cumplan las capacidades técnicas para el desarrollo e implementación del proyecto. Y fui el contacto de la Secretaría de Salud con el equipo seleccionado.
2.	Orienté técnicamente el diseño del proyecto con el objeto de obtener indicadores de resultados en salud.
3.	Lideré la articulación del proyecto a los procesos paralelos de orden nacional e internacional, que optimizan su implementación.
4.	Realicé la gestión del trabajo colaborativo con universidades de orden nacional en el desarrollo del proyecto.
5.	Desarrollé todas las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y que guardaban relación con el objeto contractual.
6.	Administrar las tareas y actividades mediante la administración de los grupos de WhatsApp inherentes a la entidad.

E. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

No. DE PLANILLA	**9477421995**		
Concepto del pago	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
Salud	SANITAS EPS	**02/12/2024**	**235.000**
Pensión	COLPENSIONES	**02/12/2024**	**300.800**
Riesgos laborales	POSITIVA	**02/12/2024**	**45.800**

F. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que, a la fecha, he cumplido con las actividades establecidas en el contrato.
2. Que los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato, serán descontados por la Secretaría de Hacienda Departamental.
3. Que lo correspondiente a pago por Seguridad Social, está debidamente pagado por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple de la planilla.

G. ANEXOS

El presente informe es elaborado en el mes de Diciembre de 2024 en el D.T.C. e H. de Santa Marta

FIRMA CONTRATISTA	
N°. Identificación	*1.082.886.701 De Santa Marta*

FORMATO DE INFORME DE SUPERVISOR		
A. INFORMACIÓN GENERAL		
Contrato N°	No. 1596 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024	
Nombre del Contratista	EDUARDO JULIAN RETAT CORREA	
N° de identificación	1.082.886.701	
Objeto del Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.	
Valor total del Contrato	$9.400.000 (NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE)	
Valor de honorarios periodo	$ 4.700.000 (CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE.)	
N° Pago / N° de informe:	2 DE 2	
N° CDP	1266 DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2024	
N° CRP	5924 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024	
Plazo del Contrato	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO POR LAS PARTES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
Fecha del Acta de Inicio	1 DE NOVIEMBRE DE 2024	
N° de planilla de pago de Seguridad social	**9477421995**	
Nombre y cargo del supervisor del contrato	**DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ** Secretaria Seccional de Salud Magdalena.	
B. MODIFICACIONES CONTRACTUALES (si aplica)		
N° de modificación	**N/A**	
Tipo de modificación (adición – prórroga)	**N/A**	
Valor adicionado	**N/A**	
CDP de la adición	**N/A**	
CRP de la adición	**N/A**	
Tiempo prorrogado	**N/A**	
C. POLIZAS (si aplica)		
N° de póliza	**N/A**	
Nombre de la aseguradora	**N/A**	
Fecha de la póliza	**N/A**	
Acto Administrativo de Aprobación	**N/A**	
D. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS		
ITEM	**ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO (Relación de las actividades descritas por el contratista en su informe)**	**VERIFICADO (Establecer si cumple o**

		no)
1	Realicé la valoración de las entidades que cumplan las capacidades técnicas para el desarrollo e implementación del proyecto. Y fui el contacto de la Secretaría de Salud con el equipo seleccionado.	**SI CUMPLE**
2	Orienté técnicamente el diseño del proyecto con el objeto de obtener indicadores de resultados en salud.	**SI CUMPLE**
3	Lideré la articulación del proyecto a los procesos paralelos de orden nacional e internacional, que optimizan su implementación.	**SI CUMPLE**
4	Realicé la gestión del trabajo colaborativo con universidades de orden nacional en el desarrollo del proyecto.	**SI CUMPLE**
5	Desarrollé todas las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y que guardaban relación con el objeto contractual.	**SI CUMPLE**
6	Administrar las tareas y actividades mediante la administración de los grupos de WhatsApp inherentes a la entidad.	**SI CUMPLE**

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS** *Marcar con una X según corresponda.*	SI	NO
1.	El contrato se encuentra debidamente legalizado	X	
2.	El contratista autoriza que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato, le sean descontados del valor a cancelar en el presente pago.	X	
3.	El Contratista cumplió con las actividades que se le asignaron para ejecutar en el periodo a cobrar.	X	
4.	En la dependencia supervisora reposa el respectivo informe de actividades con previa certificación del cumplimiento	X	
5.	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	

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo 2 (Dos) de 2 (Dos).

Esta certificación se firma en el mes de Diciembre del Año 2024 en Santa Marta DTCH

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA Y DA VISTO BUENO PARA PAGO	DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD**

ACTA FINAL DEL CONTRATONo. 1596 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024

NÚMERO DEL CONTRATO	1596 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024
NOMBRE DEL CONTRATANTE	GOBERNACION DEL MAGDALENA
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
NÚMERO DE IDENTIDAD	C.C 1.082.886.701
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$9.400.000 (NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS MCTE)
FORMA DE PAGO	EL VALOR DEL CONTRATO SE PAGARÁ DE LA SIGUIENTE MANERA: UNA VEZ PERFECCIONADO EL CONTRATO Y CUMPLIDOS LOS REQUISITOS PARA SU EJECUCIÓN, EL DEPARTAMENTO REALIZARÁ DOS (2) CUOTAS, POR VALOR DE CUATRO MILLONES SETECIENIENTOS MIL PESOS ($4.700.000) M/CT)
PLAZO DE EJECUCIÓN	EL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO SERÁ HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2024, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO POR LAS PARTES, PREVIO CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO
FECHA DEL ACTA DE INICIO	1 DE NOVIEMBRE DEL 2024
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	31 DE DICIEMBRE DEL 2024
N° CDP	N° 1266 DE FECHA 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2024
REGISTRO PRESUPUESTAL	N° 5924 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024
MODIFICATORIO No.1	N/A
MODIFICATORIO No.2	N/A

Entre los suscritos, **DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número **57.462.168** expedida en Santa Marta, obrando en nombre y representación del Departamento del Magdalena entidad territorial con NIT. No. 800.103.920-6, en calidad de **SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD DPTAL**, y por otra parte **EDUARDO JULIAN RETAT CORREA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.082.886.701** de Santa Marta, en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

CONCEPTOS	VALOR
Valor Del Contrato	$9.400.000 (NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS)
Valor Cancelado Por La Gobernación	$ 4.700.000 (CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS)
Ejecución Del Contrato	100%
Valor Ejecutado	$ 9.400.000 NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS
Valor A Favor Del Contratista	$ 4.700.000 (CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS)

Por ultimo las partes declaran estar a paz y salvo con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta, en el mes de Diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ
57.462.168 de Santa Marta
Secretaria Seccional de Salud

EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
1.082.886.701 de Santa Marta
Contratista

EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
CONTRATISTA.

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES POR PARTE DEL CONTRATISTA EN LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA EN EL ÁREA DE MÉDICO EN TU CASA.

Dirección: Av. Libertador carrera 28a #14-43 El Reposo primera entrada.
Teléfono: 3166926739

Cuenta de Cobro: **02 (segundo pago)**
Ciudad y Fecha : **Santa Marta, Diciembre de 2024**
GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA
NIT. 800103920-6

Debe a:

EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
CC. 1.082.886.701

La suma de **CUATRO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M.L. ($ 4.700.000)**. Por concepto de Prestación de Servicios Profesionales al 1596 DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024.

Se firma en Santa Marta D.T.C.H. Diciembre de 2024.



EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
CC. 1.082.886.701

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 1082886701		RETAT CORREA EDUARDO JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av libertador Cr28a N°14-43	SANTA MARTA-MAGDALENA	4205963	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	100000180Z	9477421995	I	2024/12/03	2024/12/02	BANCO DE BOGOTA	0	$581,600

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)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0
1	CC 1082886701	RETAT EDUARDO	25-14	30	$1,880,000	$300,800	EPS005	30	$1,880,000	$235,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,880,000	$45,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$45,800		$0	$0

2024/12/02 03:45 PM

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 1082886701		RETAT CORREA EDUARDO JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Av libertador Cr28a N°14-43	SANTA MARTA-MAGDALENA	4205963	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	1000001802	9477421995	I	2024/12/03	2024/12/02	BANCO DE BOGOTA	0	$581,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,800	$0	$0	$300,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$300,800	$0	$0	$300,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,800	$0	$0	$45,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$45,800	$0	$0	$45,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,000	$0	$0	$235,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$235,000	$0	$0	$235,000
TOTAL				1	$581,600	$0	$0	$581,600

Planilla 5 Cancelada

2024/12/02 02:25 PM

Santa Marta,Diciembre de 2024

Señores
FIDUCIARIA DE OCCIDENTE S.A

Asunto: Información Solicitada por el artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de Diciembre de 2016.

Apreciados Señores:

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Articulo 34 de la Ley 1943 de 2018:

C E R T I F I C O Q U E:

		SI	NO
1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios		X

Esta certificación se expide en Diciembre de 2024.

Cordialmente,

EDUARDO JULIAN RETAT CORREA
CC.1.082.886.701