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					
YAQUELINE MOYANO MAHECHA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.054.171			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2793 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.926.500		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.975.500	
N° DE INFORME:	N° 1	**N° CRP INICIAL**	7103	**N° CDP INICIAL**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
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	Capacitar a los funcionarios de la institución con el fin de evitar los errores e inconsistencias en el proceso integral de atención de los usuarios que puedan generar objeciones y glosas por parte de los diferentes pagadores. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Servicios Ambulatorios de las tipologias Consultorio Basico, Especializado, Odontologico Basico y Especializado adjuntando base de registros en blanco los dias 5, 12, 18. 25 y 31 de diciembre.
2	Auditar las glosas recibidas y dar respuesta de manera oportuna y de acuerdo con las directrices institucionales, con el fin de mantener los tiempos determinados por la legislación vigente. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Hospitalaria de las tipologias Egreso UCI's e Intermedios los dias 2, 10, 17, 24 y 30 de diciembre.
3	Adelantar la conciliación de Glosas y reiteración con los diferentes pagadores y prestadores de servicios asegurando que se ajusten a las normas técnicas y científicas vigentes y a los términos contractuales, dentro de tiempos oportunos con lo cual se espera optimizar la disponibilidad de recursos de la institución. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Hospitalaria de las tipologias Egreso cama Basica y Egreso cama Especializada, los dias 2, 10, 17, 24 y 30 de diciembre.
4	Informar a las diferentes dependencias de la institución acerca de las causales de la glosa aceptada con lo cual se espera generar politicas de autocontrol y planes de mejoramiento de la prestación del servicio. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Servicios Hospitalarios de las tipologias Quirurgicas (grupos 2 al 6, 7 al 10, 11 al 13, 20 a 23 y Partos y Cesareas) los dias 2, 10, 17, 24 y 30 de diciembre.
5	Participar activamente en los Comités para una efectiva toma de decisiones en el mejoramiento continuo institucional. Se realiza seguimiento de Produccion con la Direccion Tecnica de Urgencias de la tipologia Consultorio de Urgencias los dias 5, 12, 18. 25 y 31 de diciembre.
6	Reportar ante el área de facturación los hallazgos referentes a subfacturación y sobrefacturación. Se reporta a facturacion los hallazgos en produccion que se encuentran en las tipologias Egreso cama Basica, Egreso cama Especializada, Egreso UCI's e Intermedios para realizar el ajuste los dias 2, 10, 17, 24 y 30 de diciembre.
7	Dar respuesta a las inquietudes y solicitudes de concepto de las diferentes áreas de la institución con lo cual se asegura el adecuado cumplimiento de los protocolos institucionales y la normatividad vigente. Se realizó la validación del total de las actas generadas de la conciliacion de objeciones realizadas a la produccion hospitalaria del2023 a la Subred Centro Oriente, contrato 003 PGP con el auditor de Capital Salud el 19 de diciembre.

8	Recolección de soportes para tramite de Refacturación o Jurídico que se generen de las decisiones tomadas por el Comité de Glosa Administrativo y Asistencial. Se envia por correo electronico a la Subgerecia de SS la presentacion de la ejecucion del contrato PGP 003 de 2024 con la información presentada a la EPS correspondiente al mes de octubre y las cifras del reporte preliminar de noviembre enviado por facturación la cual incluye los porcentajes de objeciones aceptadas del 2023, el dia 12 de diciembre
9	Remitir a la Oficina de control interno disciplinarios los casos de glosas en los que no se llegue acuerdo con los pagadores para su respectivo tramite. Se inicia en el mes de diciembre la validación de las objeciones realizadas a la producción del mes de enero de 2024 por parte del auditor de Capital EPS; información recibida el 11 de diciembre.
10	Solicitud directa con el especialista tratante del concepto Médico para soportar la pertinencia de las objeciones interpuestas por los pagadores. Se asiste a reunion presencial "Contratos entre Capital Salud EPSS y Subredes Integradas de Servicios de Salud" construccion mesas de trabajo los dias 3, 10, y 17 de diciembre y de forma virtual los dias 6, 13 y 20 de diciembre
11	Revisar, Consolidar y socializar el Informe del censo diario Informe de oxigeno diario y tomografia pendiente. Revisar, consolidar y socializar la matriz de auditoria. Se asiste a reunion Reunión Cruce de Portafolio SSISCO, y validacion de procedimientos del servicio de gastroenterologia los dias 13, 17 y 19 de diciembre.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9480531762**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR EPS	21/01/2025	$ 625.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	21/01/2025	$ 800.000
RIESGOS LABORALES:	SURA ARL	21/01/2025	$ 121.800
OTRO	CCF COMPENSAR	21/01/2025	$ 30.000
	TOTAL PAGADO		$ 1.576.800

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 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

Yaquelin Moyano

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
CC: 52.054.171
CEL: 3112110878

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

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: *(31/01/2025)*			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YAQUELINE MOYANO MAHECHA	**CC:**	52054171
		RUT (NIT):	52054171-2
CORREO ELECTRÓNICO:	yaquiaergo@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3112110878
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 3 SUR N° 70 84 APARTAMENTO 503 TORRE 6	**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			
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:**	**25394495**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 2793 2025**	**N° CDP:**	**2**	**N°. RP:**	**7103**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.926.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 4.975.500**					
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS					

Yaquel Moyano

YAQUELINE MOYANO MAHECHA
C.C 52.054.171
cel: 3112110878

Vobo CAROLINA OFT

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YAQUELINE MOYANO MAHECHA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.054.171

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2793 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 14.926.500,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.926.500,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(1 DE 1)	N° CRP INICIAL:	7103	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N° 9480531762)		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARYURY DIAZ CESPEDES (SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
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:	
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:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
MARYURY DIAZ CESPEDES
CARGO: SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

CAROLINA ORTIZ GUEVARA

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARCELA CAROLINA ORTIZ GUEVARA
PERFIL: APOYO ESPECIALIZADO SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

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 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	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	1211023195	9480531762	I	2025/01/20	2025/01/22	BANCO DE BOGOTA	2	$1,579,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800,000	$1,100	$0	$801,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$800,000	$1,100	$0	$801,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,800	$200	$0	$122,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$121,800	$200	$0	$122,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$100	$0	$30,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$30,000	$100	$0	$30,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$625,000	$800	$0	$625,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$625,000	$800	$0	$625,800
TOTAL				1	$1,576,800	$2,200	$0	$1,579,000

2025/01/21 07:46 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 52054171		MOYANO MAHECHA YAQUELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 3sur70-84apto503to 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4671013	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1211023195	9480531762	I	2025/01/20	2025/01/22	BANCO DE BOGOTA	2	$1,579,000

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)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0
1	CC	52054171	MOYANO YAQUELINE	25-14	30	$5,000,000	$800,000	EPS008	30	$5,000,000	$625,000	CCF24	30	$5,000,000	$30,000	14-11	30	$5,000,000	$121,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$5,000,000	$800,000			$5,000,000	$625,000			$5,000,000	$30,000			$5,000,000	$121,800		$0	$0

2025/01/21 07:46 PM