

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-02-11, 02:36:40 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2025
Empresa	NOHORA MILENA JEREZ GIRON
CEDULA CIUDADANIA	CC 52902847
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070352499
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1259652223
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.168.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	\$ 592.500	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 462.900	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 90.300	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 22.300	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 1.168.000	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 1.168.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!

**DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-01-01	<b>Hasta:</b>	2025-01-20	
<b>Nombre Contratista:</b>	del	NOHORA MILENA JEREZ GIRON		<b>Número de Documento:</b>	52902847
<b>Correo Electrónico:</b>	serunidos@hotmail.com			<b>Número Telefónico:</b>	3102118028
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	<b>Código Grado:</b> - 009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2621-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	465
<b>Perfil:</b>	MÉDICO GENERAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A01JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	118	0	33060	\$3901080	90.6%
B01UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	0	60	37000	\$2220000	51.6%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 6121080</b>	<b>SEIS MILLONES CIENTOVEINTIUN MIL OCHENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 12298320	1013
2	2024-05-01	2024-06-30	2	\$ 6216000	1020
3	2024-06-01	2024-08-31	3	\$ 17848320	1541
4	2024-08-01	2024-10-31	4	\$ 17848320	2136

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>							
5	2024-10-01	2024-11-30	5	\$ 9257160	2617		
6	2024-11-01	2024-12-31	6	\$ 9257160	2773		
7	2024-12-31	2025-01-09	7	\$ 2777148	2962		
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 3394292	26		
9	2024-12-31	2025-01-20	9	\$ 3394292	26		
10	2024-12-31	2025-01-09	10	\$ 2777148	2962		
11	2025-01-01	2025-01-09	11	\$ 2777148	2962		
12	2025-01-09	2025-01-20	12	\$ 3394292	26		
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>			
1		FEBRERO		\$ 6149160			
2		MARZO		\$ 6149160			
3		ABRIL		\$ 6149160			
4		MAYO		\$ 7925160			
5		JUNIO		\$ 9257160			
6		JULIO		\$ 9257160			
7		AGOSTO		\$ 9257160			
8		SEPTIEMBRE		\$ 9257160			
9		OCTUBRE		\$ 9257160			
10		NOVIEMBRE		\$ 9257160			
11		DICIEMBRE		\$ 9257160			
12		ENERO		\$ 6121080			
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>		<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
\$ 18447480		\$ 109687080		\$ 97293840		\$ 12393240	
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>			<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>		<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>		
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.		-REALIZAR VALORACION COMO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR ESE. PARA POBLACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD -		-ENTREGAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD A CADA USUARIO QUE LO SOLICITE		

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--FOMENTAR POR MEDIO DE LA DIVULGACION DE LA INFORMACION DEL SERVICIO QUE NUESTRA ENTIDAD PRESTA PARA QUE EL USUARIO ESTE ENTERADO DE NUESTRO PROPOSITO Y LA FINALIDAD DEL CERTIFICADO, ADEMAS PROPENDE A LA POBLACION PARA QUE A POBLACION SE RECONOZCA COMO PACIENTE CON DISCAPACIDAD -	SE EXPLICA DE MANERA DETALLADA CADA DOMINIO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya)	--SE REGISTRA DE MANERA VERAZ Y SECUENCIAL EL REGISTRO DE LA ENTREVISTA QUE SE LE REALIZA A CADA PACIENTE Y SE LE EXPLICA EN TERMINOS AMPLIOS Y COLOQUIALES QUE CADA PREGUNTA SE AJUSTA A UNA CLASIFICACION COMO PACIENTE DEACUERDO A SU DISCAPACIDAD --	-SE SUBE ESAS RESPUESTAS A LA PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA SU POSTERIOR GENERACION DE CERTIFICADO
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--SE GENERA LA VALORACION DEL PACIENTE CON UN TIEMPO APROXIMADO DE 30 MINUTOS DONDE SE LE INDAGA SOBRE LOS APECTOS Y LIMITACIONES DE LA VIDA COTIDIANA, ADEMAS DE QUE TAMBIEN SE LE PIDE CONCEPTO AL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN CASO DE QUE ESTE POR SU LIMITACION NO SE PUEDA EXPRESAR -	--SE REGISTRAN LAS RESPUESTAS EN LA PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD.
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-AL MOMENTO DE IDENTIFICAR EL PACIENTE SE LE DERIVA ADEMAS A DIFERENTES SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD DE CENTRO DE SALUD PARA QUE SE HAGA UNA REHABILITACION DE LA ENFERMEDAD Y ASI MISMO SU DIAGNOSTICO SEA APOYADO POR DIFERENTES ESPECIALIDADES CON EL FIN DE MEJORAR LA VALORACION INTEGRAL DE CADA CASO	- --EN EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR MINISTERIO DE SALUD SE LE EXPLICA TANTO AL FAMILIAR COMO A EL PACIENTE SU GRADO DE DISCAPACIDAD DE MANERA QUE ESTE QUEDE MAS ENTERADO Y CON CONCIENCIA EL NIVEL DE LIMITACION QUE PRESENTA EN LA PARTICIPACION Y RESTRICCIONES EN LA VIDA COMUNITARIA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLINICA QUE APORTA EL PACIENTE SE EVIDENCIA LA NECESIDAD QUE ENFRENTA EL PACIENTE PARA POER LLEVAR A CABO EL PROCESO DE SU PATOLOGIA, POR TANTO NUESTRO SERVICIO DE DISCAPACIDAD FOMENTA AL CIUDADANO A CONTINUAR CON SUS TRATAMIENTOS TANTO DE REHABILITACION COMO FARMACOLOGICO CON EL ANIMO DE PREVENIR MAS SECUELAS --	-SE VINCULA AL PACIENTE CON PERSONAL DE SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO PARA ADHERIRLO Y CONCIENTIZARLO DE QUE HAY MAS OPCIONES TERAPEUTICAS PARA LA MEJORIA DE SU SALUD Y APACIGUAR SUS DOLENCIAS Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACION

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-EN EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA DENTRO DE LA PLATAFORMA DEL MINSALUD SE EMITE UN DIAGNOSTICO QUE YA VIENE PREVIAMENTE DOCUMENTADO Y QUE DEBE SER ACORDE A SU DISCAPACIDAD POR TANTO AL EVIDENCIAR QUE LOS REGISTROS DE TRATAMIENTOS ESTAN SIN ADHERENCIA POR PARTE DEL PACIENTE SE LE SUGIERE SOLICITAR NUEVAMENTE EL CERTIFICADO CON NUEVOS REGISTROS DE VALORACIONES CON EL FIN DE AMPLIAR LA INFORMACION EN LA PLATAFORMA Y DIGITAR LOS CODIGOS CORRECTOS Y COMPLETOS QUE DEBEN SER ASIGNADOS A CADA LIMITACION Y/O RESTRICCION. - -	- -SE MOTIVA AL PACIENTE A CONTINUAR SEGUIMIENTOS MEDICOS, SE LE EXPLICA CON CLARIDAD EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SUS PUNTAJES GENERADOS DEACUERDO A LO GENERADO POR SUS RESPUESTAS
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-AL LLEVAR A CABO LA ENTREVISTA SE ACLARAN DUDAS, SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE SU PRONOSTICO DEBE SER INFORMADO POR EL MEDICO TRATANTE Y QUE DEACUERDO A LA ADHERENCIA QUE TENGA CON EL PROCESO DE REHABILITACION ASI MISMO SE VERA REFLEJADO EN AVANCES EN SALUD --	-ENTREGA DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR MINSALUD, EXPLICADO AL PACIENTE Y SUA COMPAÑANTE CON FIRMA DE EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-DIVULGACION A LA POBLACION DE NUESTRAS LOCALIDADES EL CONOMIENTO DE QUE CUENTAN CON NUESTRO SERVICIO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD PARA QUE PROMUEVAN LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO A TODA LA POBLACION QUE SE RECONOZCA COMO USUARIO CON DISCAPACIDAD QUE ACCEDA CON FACILIDAD A NUESTRA ENTIDAD PARA QUE SEA REGISTRADO POR MEDIO DEL MISMO ---	-SE VINCULA AL PACIENTE CON ATENCION AL USUARIO PARA QUE CONTINUE CON CITAS PENDIENTES, ASI MISMO QUE SE LE EXPLICA QUE SI TIENE CONOCIMIENTO DE MAS PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD QUE SOLICITEN EL CERTIFICADO CON NUESTRO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 9257160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	DICIEMBRE	2024	12	31	1069219301	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTOSESENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 3702864	\$ 592458	\$ 592500
Salud					SALUD TOTAL		\$ 462858	\$ 462900
ARL				3	SURA		\$ 90202	\$ 90300
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 1074645</b>	<b>\$ 1145700</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004870433358		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				NOHORA GIRON	MILENA JEREZ	2025-01-27 19:37:43		
RECHAZADO SUPERVISOR				GLORIA PINILLA	MARITZA PINILLA	2025-01-30 11:19:04		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				NOHORA GIRON	MILENA JEREZ	2025-01-30 16:57:13		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA PINILLA	MARITZA PINILLA	2025-01-30 16:57:32		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA ZAMUDIO	CAMILA DIAZ	2025-01-30 20:00:48		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA				ANGIE ALBERTO	ALEXANDRA LOZANO	2025-02-18 15:48:48		

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**  
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

5n de contratos → Ver contrato

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Si  No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					
					Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por			
2621 enero 2024.pdf (Archivado)	2621 enero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO2621-2024.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO 2621-2024.pdf	CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> Cuenta de cobro Nohora Milena Jerez Giron marzo 2024 cto 2621-2024.pdf	Cuenta de cobro Nohora Milena Jerez Giron marzo 2024 cto 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CURSO SARLAFT Y SICOF.pdf	CURSO SARLAFT Y SICOF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 CTO 2621-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> cuenta de cobro abril CTO 2621-2024.pdf	cuenta de cobro abril CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MAYO CTO2621-2024.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CTO 2621 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JEREZ.pdf	CTO 2621 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CTO 2621 JULIO 2024.pdf	CTO 2621 JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> cuenta cobro 2621 agosto 2024 Jerez.pdf	cuenta cobro 2621 agosto 2024 Jerez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> Certificacion cuenta de cobro agosto 2621.pdf	Certificacion cuenta de cobro agosto 2621.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> Cuenta de cobro septiembre 2024 Jerez.pdf	Cuenta de cobro septiembre 2024 Jerez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> cto 2621 octubre 2024 Jerez.pdf	cto 2621 octubre 2024 Jerez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> CUENTA COBRO 2621 NOVIEMBRE 2024 JEREZ.pdf	CUENTA COBRO 2621 NOVIEMBRE 2024 JEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
<input type="checkbox"/> contrato 2621 diciembre 2024.pdf	contrato 2621 diciembre 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-31, 01:18:46 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	NOHORA MILENA JEREZ GIRON
CEDULA CIUDADANIA	CC 52902847
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1069219301
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1164389560
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.168.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	\$ 592.500	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 462.900	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 90.300	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 22.300	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 1.168.000	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 1.168.000

