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						
YURI PAOLA GOMEZ ANGEL						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.934.277					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1662 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 75.229.440	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 132.925.440	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 22.140.000**			
N° DE INFORME:	5	**N° CRP:**	6282	**N° CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**2**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$** 2.707.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12097	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** 54.988.800	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES
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**		
N° DE PÓLIZA:	123	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		ABC	
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	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano; de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes.
2	Realiza actividades asistenciales en servicio de hospitalizacion de la UMHES la Victoria y Materno Infantil, siguiendo protocolos y guias de practica clinica denro del plan de manejo de su especialidad, con un alto nivel científico, ético y humano, personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equida.
3	Realiza actividades asistenciales dando cumplimiento a las necesidades de la Subred cubriendo los servicios de consulta externa especializada en los CAPS, hospitalizacion partos urgencias y consulta prioritaria en la UMHES de la Victoria y Materno Infantil.
4	Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, generando un alto grado de satisfacción sobre los servicios prestados, resolviendo inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Lidera el programa de parto humanizado, sexologia clinica - salud sexual y reproductiva programa de Interrupcion Voluntaria del Embarazo IVE, Enfermedades transmisibles, para lo cual se manejan los datos etadisticos, indicadores y registros.
6	Cumple con el codigo de ética médica y las disposiciones legales propias del servicio de ginecologia y obstetricia, asi como la socializacion y cumplimiento en la divulgacion de deberes y derechos institucionales a cliente interno y externo de la institucion.
7	Realiza el seguimiento y conírol a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
8	Entrega en los tiempos requeridos de los documentos, informes y resumen de historias clinicas pára los analisis previos y con la SDS de pacientes con sífilis gestacional, VI, mortalidad materna , morbilidad materna extrema.

9	Manejo oportuno de formatos de plan de contingencia, socializado a todo el equipo de ginecologia y obstetricia y aplicados en la consulta asistencial.
10	Garantiza la reserva y la custodio de los documentos de las pacientes.
11	Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas. Siempre he respondido por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo mi custodia
12	Portò el carnet instituciol de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales
13	Cumplò oportumente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9484522288**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/04/2025**	**$ 1.139.400**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**9/04/2025**	**$ 1.549.600**
RIESGOS LABORALES:	**COLPATRIA**	**9/04/2025**	**$ 222.100**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 2.911.100**

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 periodo correspondiente

Yuri Paola Gomez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
CC: 1023934277
CEL:3204742526

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: (30/04/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YURI PAOLA GOMEZ ANGEL	CC:	1023934277
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	yupagomez@gmail.com	TELÉFONO:	3204742526
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 77 # 20 29	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(NO)	
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 (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	2631422200

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1662 2025	Nº CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 132.925.440
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					22.140.000
	VEINTIDOS MILLONES CIENTO CUARENTA MIL PESOS M/CTE					

Yuri Paola Gomez

YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
C.C 1023934277
CEL: 3204742526

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	**YURI PAOLA GOMEZ ANGEL**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.023.934.277**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO GINECOBSTETRA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1662 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				75.229.440
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 132.925.440		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 22.140.000
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	**N° CRP INICIAL:**	6282	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484522288	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION MEDICINA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JORGE EDUARDO CARO CARO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.707.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	693	**RP DE LA ADICIÓN:** 12097	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 54.988.800	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(DOS MESES)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX	

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 (1/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JORGE EDUARDO CARO CARO** **CARGO: LIDER HOSPITAL LA VICTORIA** **NOMBRE Y FIRMA REFERENTE: YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

YURI PAOLA GOMEZ ANGEL
NIT 1.023.934.277-6
CARRERA 19 B 62 A 37 SUR
Tel: (031) 7903852
Bogotá - Colombia
YUPAGOMEZ@GMAIL.COM

Factura electrónica de venta
No. 570

Señores	Sub Red Integrada de servicios de Salud Centro Oriente ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	Dg 34#3- 14	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/04/2025, 14:35
Expedición	09/04/2025, 14:35
Vencimiento	30/04/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestacion de servicios medicos especializados como ginecologo y obstetra del 1 - 30 de Abril	246.00	22,140,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Veintidos millones ciento cuarenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Crédito

Medio de pago:
Otro - Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2025-04-30 por $ 22,140,000.00

Total Bruto	22,140,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	**22,140,000.00**

Observaciones:
DECLARO QUE PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.
POR FAVOR CONSIGNAR A CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA 263142200

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764074987134 aprobado en 20240712 prefijo desde el número 561 al 590 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 8610 Actividades de hospitales y clínicas, con internación Tarifa
CUFE: b865bd3f2da67a490c8a93aba643cec8e25005bcaf0adc0639fcf5dc0c35565cb8a26d7d9215f7f5b9d1604e5dc63d6e

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023934277		GOMEZ ANGEL YURI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 19b 62a 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7903852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-03	2025-03	1399865884	9484522288	I	2025/04/21	2025/04/09	BANCO DE BOGOTA	0	$2,911,100	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																				
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																				
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																				
1	CC	1023934277	GOMEZ YURI									X								
Total		Afiliados(1)																		

	PENSION				SALUD			
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$9,114,740	$1,549,600			$9,114,740	$1,139,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$9,114,740	$1,549,600			$9,114,740	$1,139,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$9,114,740	$1,549,600			$9,114,740	$1,139,400
1 CC 1023934277 GOMEZ YURI	231001	30	$9,114,740	$1,549,600	EPS017	30	$9,114,740	$1,139,400
Total Afiliados(1)			$9,114,740	$1,549,600			$9,114,740	$1,139,400

	CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$9,114,740		$222,100		$0	$0		$2,911,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$0	$0			$9,114,740		$222,100		$0	$0		$2,911,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$0	$0			$9,114,740		$222,100		$0	$0		$2,911,100
1 CC 1023934277 GOMEZ YURI		0	$0	$0	14-4	30	$9,114,740	2.436%	$222,100	0	$0	$0	No	$2,911,100
Total Afiliados(1)			$0	$0			$9,114,740		$222,100		$0	$0		$2,911,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023934277		GOMEZ ANGEL YURI PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 19b 62a 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7903852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-03	2025-03	1399865884	9484522288	I	2025/04/21	2025/04/09	BANCO DE BOGOTA	0	$2,911,100	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,549,600	$0	$0	$1,549,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$1,549,600	$0	$0	$1,549,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$222,100	$0	$0	$222,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$222,100	$0	$0	$222,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,139,400	$0	$0	$1,139,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,139,400	$0	$0	$1,139,400
TOTAL				1	$2,911,100	$0	$0	$2,911,100

PLANILLA PAGADA