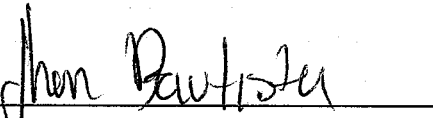


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
		APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		80.851.126			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ANESTESIOLOGO 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 1821 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 64,400,000		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TRES (03) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 64,400,000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1,380,000	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
				6426	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS		Nº CDP:	
				1	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
				1	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO					
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1 Realizo las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro 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, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.					
2 Brindo una atención en salud con oportunidad, integridad, suficiencia y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación.					
3 Realizo las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las Unidades en donde se presta el servicio y sea requerido.					
4 Informo 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 Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.					
6 Respeto los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención.					
7 Realizo el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.					
8 Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a su especialidad, realizar resúmenes de historia clínica, epícrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.					
9 Diligencio en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoría y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.					
10 Garantizo la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.					
11 Utilizo de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.					
12 Reporto al área de Recursos Físicos - Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.					
13 Respondo por la seguridad de los equipos que se encuentren bajo su custodia.					
14 Apoyo la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.					
15 Presto el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EAPB.					
16 Notifico los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención al paciente y apoyar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.					
17 Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.					
18 Apoyo las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.					
19 Educo a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad.					
20 asisto a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado.					
21 Informo oportunamente al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones					
22 agilito las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros.					
23 Cumpló oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.					
24 Acredito inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF					
25 Presto el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9483784024		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
				VALOR PAGADO	
SALUD:		SANTAS		31/03/2025	
				\$ 1,253.700	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		31/03/2025	
				\$ 1,705.100	
RIESGOS LABORALES:		SURA		31/03/2025	
				\$ 244.400	
OTRO					
				\$ -	
TOTAL PAGADO				\$ 3,203.200	
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 ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secep de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.					
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al sellado contrato.					
VII. ANEXOS					
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente					
Jhon Elixander Bautista Sanchez					
C.C. 80851126					
CEL. 3108843316					

	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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DIFERENCIAMIENTO: (30/04/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ				CC:	80851126
CORREO ELECTRÓNICO:	JOHNBAUTISTAS@YAHOO.COM				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 77B 116B 42 IN 1 TO 3 AP 903				TELÉFONO:	3108843316
					CIUDAD:	BOGOTA
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 párrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.						
Régimen 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:			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	244184834
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)	BANCO BOGOTA					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1821 2025	Nº CDP:		Nº. RP:		CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 64400000	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.380.000					
	UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE					
 JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ 80851126 3108843316						

	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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JHON ELIXANDER BAUTISTA SANCHEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 80.851.126				
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ANESTESIOLOGO 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 1821 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	64.400.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.380.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4 DE 4	Nº CRP INICIAL:	6426	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (05) MESES (29) VEINTINUEVE DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9483784024	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA-MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32			
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION 1 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
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. PÓLIZAS (SI APLICA)				
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX
IV. VERIFICACIÓN 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:		 XIMENA ANDREA GARAVITO HIGUERA CARGO: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32		
		 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

3a40dfc80c61105af1bffa4e20955a7c252e625dfcf21e6f84099122f8d273110cc6c5704c9e6a19864c9d3615a140e3

Número de Factura: HM-122

Fecha de Emisión: 05/04/2025

Fecha de Vencimiento: 30/04/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Consignación bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER|13

Nombre Comercial: BAUTISTA SANCHEZ JHON ELIXANDER

Nit del Emisor: 80851126

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ -

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: DG 77 B 116 B 42 IN 1 TO 3 AP 903

Teléfono / Móvil: 3108843316

Correo: johnbautistas@yahoo.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. / SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959051

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-13

Responsabilidad tributaria: ZZ -

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: Diagonal 34 # 5 - 43

Teléfono / Móvil: 3444484

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentroorientegov.co

Detalles de Productos

Nº	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS			Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	
1	85101706	Horas laboradas como médico anestesiólogo	HUR	12,00	\$ 115.000,00	\$	0,00	\$	0,00		\$ 1.380.000,00

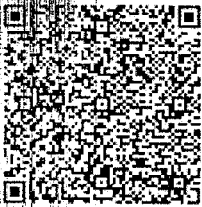
Notas Finales

RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN. FAVOR NO APLICAR RETEFUENTE NI RETEICA.

80851126_01_PRI_REF_9

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
05/04/2025 15:29:17
Documento validado por la
DIAN
05/04/2025 15:29:17
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	1380000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1380000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	1380000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 1380000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	1.380.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	1.380.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	1.380.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 1.380.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764086694604 Rango desde: 115 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-07-03

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	Apellido	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
26.889.915.25	SA	SANCHEZ JHON ELIXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DO 77 B 116 B 42 INT 1 TORRE 3 APTO 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	No
DATOS GENERALES DE LA CUOTACION							
Identificación	Código	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Valor
26.889.915.25	20250331	9483784024	1	2025/04/07	2025/03/31	BANCO DAVIVIENDA	\$3,203,200
RESUMEN DE PAGO							
CÓDIGO	INT	IV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$1,705,100	\$0	\$0	\$1,705,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	\$1,705,100	\$0	\$0	\$1,705,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$244,400	\$0	\$0	\$244,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	\$244,400	\$0	\$0	\$244,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1	\$1,253,700	\$0	\$0	\$1,253,700
COMPAÑAS	EPS008	860,066,942	7	\$1,253,700	\$0	\$0	\$1,253,700
			1	\$3,203,200	\$0	\$0	\$3,203,200