

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|------------------|--------------------------|-------|-----------------|------|-------------------|-----------------------|-----------------|---|--|
|                                                                                                                                                                               | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   | CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE<br>E.S.E                           |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   | VERSIÓN: 5            |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   | PÁGINA: 1 DE 1        |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      | FECHA: 16/02/2018 |                       |                 |   |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | AMORTEGUI FONSECA ADRIANA MARIA |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       | 367481          |   |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 | Cedula                          |                     |                 |                  | No.                      |       |                 |      | 33625198          |                       |                 |   |  |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | adriamortegui22@hotmail.        |                     |                 |                  | CELULAR                  |       |                 |      | 3168216384        |                       |                 |   |  |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 | Ruta de la Salud                |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | Ruta de la Salud                |                     |                 |                  | UNIDAD:                  |       |                 |      | Ferias            |                       |                 |   |  |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 | Centro de costo                 | %                   | Centro de costo | %                | Centro de costo          | %     | Centro de costo | %    | Centro de costo   | %                     | Centro de costo | % |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 | A00                             |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                 | 12                              |                     |                 |                  | TIPO CUENTA              |       |                 |      | AHORROS           |                       |                 |   |  |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 0570007380778758                |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 4261-2024                       |                     |                 |                  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 452                                                                             | FECHA                           | 12/04/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 1 | 23393                    | FECHA | 18/04/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 628                                                                             | FECHA                           | 20/05/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 2 | 26575                    | FECHA | 20/05/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 3                                                                                                                                                                                                                                             | 810                                                                             | FECHA                           | 20/06/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 3 | 36747                    | FECHA | 21/06/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 4                                                                                                                                                                                                                                             | 923                                                                             | FECHA                           | 23/07/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 4 | 40251                    | FECHA | 30/07/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 5                                                                                                                                                                                                                                             | 1062                                                                            | FECHA                           | 26/08/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 5 | 45773                    | FECHA | 30/08/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 6                                                                                                                                                                                                                                             | 1207                                                                            | FECHA                           | 18/09/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 6 | 50329                    | FECHA | 30/09/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 7                                                                                                                                                                                                                                             | 1393                                                                            | FECHA                           | 23/10/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 7 | 56585                    | FECHA | 31/10/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 8                                                                                                                                                                                                                                             | 1592                                                                            | FECHA                           | 28/11/2024          |                 | NÚMERO DE CRP: 8 | 61833                    | FECHA | 30/11/2024      |      |                   |                       |                 |   |  |
| NÚMERO DE CDP: 9                                                                                                                                                                                                                                             | 103                                                                             | FECHA                           | 10/01/2025          |                 | NÚMERO DE CRP: 9 | 2634                     | FECHA | 15/01/2025      |      |                   |                       |                 |   |  |
| OBJETO:                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | AUXILIAR DE ENFERMERIA          |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | DESDE                           | DIA                 | MES             | AÑO              | HASTA                    | DIA   | MES             | AÑO  |                   |                       |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                                 | 01                  | 01              | 2025             |                          | 31    | 01              | 2025 |                   |                       |                 |   |  |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | PIC                             | RESERVA DE GLOSA 2% |                 |                  |                          | 0     |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 | 1,853,490                       | VALOR LETRAS        |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                 |                     |                 | VALORES          |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                 |                     |                 | 17,488,575       |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                 |                     |                 | 17,488,575       |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                                 |                     |                 | 1,853,490        |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                 |                     |                 | 186              |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                 |                     |                 | 186              |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                 |                     |                 | 0                |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                                 |                     |                 | 0                |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                                 |                     |                 | 100.00 %         |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                 |                                                                                 |                                 |                     |                 |                  |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| PLANILLA                                                                                                                                                                                                                                                     | VALOR EPS                                                                       | VALOR AFP                       | RIES                | VALOR ARL       | VALOR CAJA       | TOTAL PLANILLA           |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
| 1069226049                                                                                                                                                                                                                                                   | 162,500                                                                         | 208,000                         | 3                   | 31,700          | 78,000           | 480,200                  |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                               |                     | 0               | 0                |                          |       |                 |      |                   |                       |                 |   |  |

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

*Adriana Amortegui*

LOZANO TORRES INGRID PAOLA  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

AMORTEGUI FONSECA ADRIANA MARIA  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |             |                       |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------|-----------------------|-----------|
|  Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                                                                                                     |                                                              | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CODIGO: AP-CT-1-00<br>n3   |             |                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE CONTRATACIÓN            |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VERSIÓN: 3                 |             |                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PÁGINA: 1 DE 1             |             |                       |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA: 19/05/2022          |             |                       |           |
| <b>AREA Y/O SERVICIO:</b><br>No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                               | <b>DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD</b><br>4261-2024 |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>UNIDAD:</b>             |             | Salud Publica-<br>Pic |           |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR (E):</b>                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>INGRID PAOLA LOZANO TORRES</b>                            |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>PERIODO CERTIFICADO</b> | Día Mes Año | Día Mes Año           |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1                          | 1           | 2025                  | 31 1 2025 |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              | <b>ADRIANA MARIA AMORTEGUI FONSECA</b>                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |             |                       |           |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              | Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestión como <u>Auxiliar de enfermería</u> |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>DOCUMENTO:</b>          |             | 33625198              |           |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN (%)</b> : 100 %                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                              |                                                                                           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |             |                       |           |
| <b>OBLIGACIONES ESPECIFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |                                                                                           |  |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                            |             |                       |           |
| 1. Realizar captación de usuarios a la ruta desde los servicios Ambulatorios, urgencias y hospitalización y realizar seguimiento a su asistencia a las acciones programadas.                                                                                                                |                                                              |                                                                                           |  |  | Participar en capacitaciones, socializaciones y realización de encuestas y módulos con temas de calidad para adecuado fortalecimiento al talento humano perteneciente a la ruta materno perinatal. (17/01/2025) - Se proyecta realizar reunion presencial para el (21/01/2025).                                                                                                                                                                             |                            |             |                       |           |
| 2. Realizar seguimiento a la población priorizada en la subred a fin de garantizar su atención Integral en la ruta.                                                                                                                                                                         |                                                              |                                                                                           |  |  | Hasta la fecha 21/1/2025 se realiza recorrido de angel guardian en hospital simon bolivar recoleccion de datos, se capta 5 pacientes, realizando demanda inducida. se asignan cita post parto binomio con ginecologia o pediatria (12) o post evento con obstetricia (12) Revision de Base de MME asignando 10 citas de ginecología. Se proyecta hasta el 31/12/2024 cumplir con lo solicitado por cumplimiento de directriz de Lider de la Ruta.           |                            |             |                       |           |
| 3. Asignar los servicios que requiera la población de la ruta en los casos priorizados en la subred mediante el agendamiento de citas.                                                                                                                                                      |                                                              |                                                                                           |  |  | Hasta la fecha 21/01/2025 Se da respuesta a 12 los casos reportados en la base de canalizacion de otros espacios intersectoriales o sectoriales. Se proyecta realizar hasta el 31/01/2025 15 canalizaciones por directriz de la lider de la Ruta.                                                                                                                                                                                                           |                            |             |                       |           |
| 4. Realizar seguimiento a la adherencia de los usuarios a la ruta mediante la evaluación del cumplimiento de las actividades establecidas por curso de vida a través del sistema de información. Participar en el desarrollo del plan de fortalecimiento de competencias de acuerdo con las |                                                              |                                                                                           |  |  | Hasta la fecha 21/01/2025 Se cumple con las tareas realizadas según lo solicitado por la supervision, se hace verificación de datos de las pacientes registradas de las 22 bases de cada centro de salud que hacen parte de la Subred Norte, además, de la verificación de bases de capital salud, sanitas, famisanar para sacar indicadores solicitado por Lider de la Ruta. Se proyecta hasta el 31/01/2025 cumplir con lo solicitado por la supervision. |                            |             |                       |           |
| 5. temáticas establecidas al equipo de salud.                                                                                                                                                                                                                                               |                                                              |                                                                                           |  |  | Hasta la fecha 21/01/2025 Se realizo durante seguimientos telefonico a las usuarias se da asesoria y recomendaciones de signos de alarma durante el embarazo. Se proyecta hasta el 31/1/2025 realizar acompañamiento en el Simon Bolivar los dias (10-24-31 de enero 2025)                                                                                                                                                                                  |                            |             |                       |           |
| 6. Acompañar el proceso de entrenamiento realizado por parte del profesional de enfermería.                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                                                                           |  |  | Revision de base de 202 de ffd que corresponde a la busqueda de laboratorios, fpp, fur, un total (80), ademas realizar canalizaciones, verificación de base de sanitas                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |             |                       |           |
| 7. Participar en los espacios que se convoquen por parte de la coordinación de Rutas Integrales en Salud.                                                                                                                                                                                   |                                                              |                                                                                           |  |  | Se realizo reunion con la gerente y lideres de la RIAS para coordinar y socializar apoyo en actividades para la jornada de vacunacion correspondiente del dia (25/1/2025) Se proyecta acompañamiento                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |             |                       |           |
| 8. Ejecutar las acciones programadas por la dinamizador de la Ruta para implementación                                                                                                                                                                                                      |                                                              |                                                                                           |  |  | Se proyecta realizar reunion el 21/1/2025 de 7:00-11:00am, en Fray bartolome de las Casas, con equipo ambulatorio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                            |             |                       |           |
| 9. Mantener y entregar los soportes y archivo de los productos ejecutados de acuerdo a las tablas de retención documental definidas y la normatividad vigente.                                                                                                                              |                                                              |                                                                                           |  |  | Se proyecta apoyo en la verificación de la Adutoria de Coosalud por directriz de la Lider de la Ruta.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            |             |                       |           |
| 10. El contratista deberá junto con el informe mensual de actividades entregar el soporte de pago -ajustado a la normatividad vigente- de los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales.                                                           |                                                              |                                                                                           |  |  | Se da cumplimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |             |                       |           |

V13

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. El incumplimiento u omisión en desarrollo de las actividades que genere perjuicios económicos a la Subred norte serán asumidos única y exclusivamente por el CONTRATISTA, debiendo reintegrar a la Subred Norte la totalidad de los valores glosados por los entes a los que este vende los servicios básicos de salud | Se da cumplimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 12. Apoyar procesos de auditoría y seguimientos que se requieran, así como aportar a la respuesta a requerimientos.                                                                                                                                                                                                        | Hasta la fecha 21/1/2025 se da cumplimiento con el apoyo de descargue de Historia Clinicas para adutorias de Capital Salud. Se proyecta seguir apoyando dicha actividad por directriz de la lider de la ruta. (21/1/2025) Se realiza base de Alto costo con un total de 90 de actividades de revisar laboratorios de enfermedades de transmision sexual. |
| 13. Las demás que la Subred norte considere pertinente, de acuerdo al objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                  | Se da cumplimiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>OBSERVACIONES: CENTRO DE COSTOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$)</b> <b>\$ 1,853,490</b> <b>UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:</b><br><b>ADRIANA MARIA AMORTEGUI FONSECA</b><br>CC. 33,625,198<br><i>Adriana Amortegui</i>                                                                                                                                                                            | <b>31 01 2025</b><br>Firma de recibido supervisor:<br><i>INGRID PAOLA LOZANO TORRES</i>                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



| 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                                    | 2025-01-01, 09:11:38 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | diciembre de 2024                            |
| Periodo de Cotización Para Salud         | diciembre de 2024                            |
| Empresa                                  | ADRIANA MARIA AMORTEGUI FONSECA              |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 33625198                                  |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                                          |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1069226049                                   |
| Tipo de Planilla                         | I                                            |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 1167084395                                   |
| Banco                                    | (1051) - BANCO DAVIVIENDA                    |
| Valor                                    | \$ 410.000                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 172.29.10.57                                 |

| Nit            | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-----------------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800227940     | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 1                | \$ 208.000     | \$ 0                 |
| N860066942     | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD    | 1                | \$ 162.500     | \$ 0                 |
| N890903790     | 14-11  | ARL SURA                                | 1                | \$ 31.700      | \$ 0                 |
| N860066942     | CCF24  | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1                | \$ 7.800       | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                                         |                  | \$ 410.000     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                                         |                  |                | \$ 410.000           |

