

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|-----|-----------------|------------|----|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | No. | 1096226766 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | andrea03carolina@gmail.com | | | CELULAR: | 3112165468 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | PIC COORDINACIÓN PIC FONTIBON | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K33-6 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | 25060373780 | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|-------|----------------------------|---------------|-------|------------|----------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO | | 3258 | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1606 | FECHA | 2025-08-11 09:03:02.000 | NÚMERO DE CRP | 33113 | FECHA | 2025-08-14 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ENFERMERO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | | FECHA INICIAL | | HASTA | |
| | | | | 2025-07-01 | | 2025-07-31 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | \$4,762,089 | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | | RESERVA DE GLOSA 0% | | | N/A | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$26,771,527 |
| VALOR EJECUTADO | \$26,771,527 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | \$4,762,089 |
| VALOR A LIBERAR | \$0 |
| SALDO POR EJECUTAR | \$0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 87855737 | \$1,904,836 | \$238,104 | \$304,774 | 3 | \$46,402 | \$589,280 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones del plan de intervenciones colectivas PSPIC, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes | Se da cumplimiento según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato con criterios de veracidad con calidad | Se cumple con el manual de convivencia con calidad, oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud. |
| 2. Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado | Se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI según los protocolos del área vigente | Se realizo con calidad y oportunamente las actividades programadas de vacunacion, en las diferentes tácticas programadas |
| 3. Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada | Notificar casos de interes en salud publica a el jefe inmediato para su pronta respuesta | Actas |
| 4. Prestar los servicios contratados desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo con las guías y protocolos institucionales vigentes | Dar cumplimiento a las jornadas programadas por los diferentes entornos de la Sub Red sur Occidente, seguimiento a la cohorte | Soporte de sis 150 de niño y adulto, drive de seguimiento y cohorte aplicativo |
| 5. Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred | Se asiste a reuniones programadas en el mes como Comité extramural, conversatorios | Se asistió a las reuniones según programación, se realiza pretest y postest, soporte en listados de asistencia |
| 6. Fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se brinda a la comunidad información en la jornada asignada por el jefe inmediato respecto a la seguridad en salud, derechos y deberes | Entrega de consentimientos informados, con información en el sis 150 después de cada jornada realizada |
| 7. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | Al iniciar la actividad se hace verificación de los formatos a diligenciar según la necesidad para realizar la actividad que esta programada, se realiza la respectiva verificación de bases de datos brindada por SDS se hace la solicitud al jefe inmediato | Al terminar la actividad se entrega sis 150 niño y adulto totalmente diligenciado, sin espacios en blanco, sin tachones, se entrega karex de Biológico, retroalimentación de las bases trabajadas en el día |
| 8. Alistar los soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, la SDS o por entes de control | se brinda a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa |
| 9. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y velar por el cumplimiento de estos | Al iniciar la actividad se hace verificación de los formatos a diligenciar según la necesidad para realizar la actividad que esta programada se hace la solicitud al jefe inmediato | Al terminar la actividad se entrega sis 150 niño y adulto totalmente diligenciado, sin espacios en blanco, sin tachones, se entrega karex de Biológico |
| 10. Atender las diferentes solicitudes asignadas y dar respuesta de manera oportuna a las mismas | Se realiza las actividades de vacunacion según lineamientos de la secretaria de salud teniendo en cuenta la población objeto PAI, registro en sis 150, seguimiento a la cohorte | Entrega de productos mensuales con calidad |
| 11. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, respondiendo a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | se realiza la notificación al jefe inmediato de cualquier eventualidad para evitar el incumplimiento de la actividad asignada | Reporte al jefe inmediato, correo electrónico de la notificación |
| 12. Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales | Se brinda a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable promoviendo a los diferentes actores locales las actividades de salud | Se da a la comunidad y colaboradores de la institución una actitud respetuosa y amable y colaborativa |
| 13. Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad | Portar de manera adecuada la chaqueta y carné institucional en todas las actividades asignadas | Portar chaqueta y carné institucional |
| 14. Cuidar y dar buen uso los equipos y/o elementos asignados en el contrato para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio. | Dar manejo adecuado a los equipos biomedicos entregados por el jefe inmediato para realizar la actividad asignada | Buen uso de elementos como loncheras, cajas térmicas, neveras, congeladores y termos entregados para la jornada |
| 15. Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio | Verificar calidad del dato en soportes físicos y magnéticos después de realizar actividad programada por el jefe inmediato | se entregan sis 150 de niño y adulto sin tachones, enmendaduras con letra clara y legible, karex de recepción y entrega de Biológico |
| 16. Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera | Estar disponible según la disponibilidad del servicio | Se hace de acuerdo al requerimiento |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ
C.C1096226766 DE BARRANCABERMEJA

La suma de Cuatro millones setecientos sesenta y dos mil cero ochenta y nueve pesos mtc \$4,762,089 concepto de servicios como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 – ENFERMERA en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, durante el periodo del 01 al 31 de julio del 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No No 3258-2025

Andrea C Pacheco D
ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ
C.C1096226766 DE BARRANCABERMEJA
CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA
NUMERO 25060373780

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 1 del 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Maira A Fonseca S.

MAIRA ALEJANDRA FONSECA SALGUERO
Apoyo a la supervisión
Programa Ampliado de Inmunizaciones



El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.



Última Actualización: 22-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 1096226766 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 77 V 49 29 SUR

Teléfonos 3112165468 3112165468

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|-----------------------------------|------------------------|------------|
| Consuelo Diaz Jimenez | 37934852 | Madre |
| Wilfrido De Jesús Pacheco Cuellar | 2147980 | Padre |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

| | |
|--------------------|---|
| Nombre: | ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ |
| Identificación: | 1096226766 |
| Entidad: | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | andrea03carolina@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 22/07/25 |

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Medellín, 22 de julio de 2025

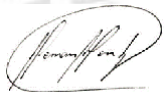
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ identificado(a) con C1096226766 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10962267662520370767

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|----------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1096226766 | ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ | | CL 42G 74 30 TORRE 3 APT 1208 | 3112165468 | andrea03carolina@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D. C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 18/07/2025 | 87855737 | \$592.800 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 239.000 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 500 | 0 | 239.500 | 1 |

TOTALES PENSIÓN

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 306.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 600 | 0 | 306.600 | 1 |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 46.600 | | | | 46.600 | 3 | 100 | 46.700 | | | 466 | 46.700 | 1 |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| | | | | | | | |

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud | 1 | 239.000 | 239.500 |
| Pensión | 1 | 306.000 | 306.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 46.600 | 46.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 591.600 | 592.800 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1096226766 | ANDREA CAROLINA PACHECO DIAZ | | CL 42G 74 30 TORRE 3 APT 1208 | 3112165468 | andrea03carolina@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|---------------|--|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-06 | 2025-06 | I | 18/07/2025 | 87855737 | \$592.800 | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|---------|----|-----|-----|-------|-----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CDR | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | |
| 1 | CC | 1096226766 | PACHECO DIAZ ANDREA CAROLINA | 59 | 0 | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.912.000 | 306.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.912.000 | 239.000 | 14-11 | 1.912.000 | 3 | 46.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA