

|   |                                      |                                      |            |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|
|  | <b>FORMATO INFORME DE SUPERVISOR</b> | Código: GJC22F                       | Versión: 1 |
|   |                                      | FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN: 16/01/2024 |            |

**CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y  
 JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS identificado con C.C. 1082977297**

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-07-30 |
|----------------------------|------------|

### I. DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|  |   |                              |              |
|--|---|------------------------------|--------------|
| OBJETO DEL CONTRATO:                       | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |                              |              |
| N° CONTRATO:                               | CD20252534  | RP:                          | 3495         |
|  |   | CDP:                         | 971          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO:                  | 2.100.000,00  | VALOR DE HONORARIOS PERIODO: | 2.100.000,00 |
| FECHA DEL ACTA DE INICIO:                  | 2025-07-02  | FECHA DE FINALIZACION:       | 2025-07-31   |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                     | MILCIADES OSORIO SANCHEZ  |                              |              |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO   |                              |              |

### II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

|                |     |               |     |                             |      |
|----------------|-----|---------------|-----|-----------------------------|------|
| CDP - ADICION: | N/A | RP - ADICION: | N/A | VALOR CONTRATO CON ADICION: | 0,00 |
|----------------|-----|---------------|-----|-----------------------------|------|

### III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

### IV. CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

1. El contrato se encuentra debidamente legalizado: SI
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: SI
3. Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en su respectiva carpeta contractual: SI
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: SI

Teniendo en cuenta lo anterior, en mi calidad de supervisor doy visto bueno para el respectivo pago correspondiente al periodo del mes de Julio

### V. FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

  
 MILCIADES OSORIO SANCHEZ  
 8742789

UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO

*CPA*

JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS  
1082977297  
Cra 14 # 34-130 Maria Eugenia  
3002546795  
JAVIERSARMIENTO93@HOTMAIL.COM

## CUENTA DE COBRO

### DATOS PERSONALES

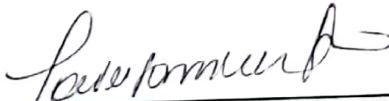
|                            |                                  |           |            |
|----------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| Fecha de Diligenciamiento: | 2025-07-30                       |           |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:       | JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS |           |            |
| DOCUMENTO:                 | 1082977297                       |           |            |
| DIRECCIÓN:                 | Cra 14 # 34-130 Maria Eugenia    | TELÉFONO: | 3002546795 |
| CORREO ELECTRONICO:        | JAVIERSARMIENTO93@HOTMAIL.COM    |           |            |

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que en la declaración de renta del año gravable 2024 no tomaré costos y deducciones

### DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

|                          |   |                 |                |                |            |              |            |
|--------------------------|---|-----------------|----------------|----------------|------------|--------------|------------|
| N° CONTRATO:             | CD20252534  |                 |                |                |            |              |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:     | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |                 |                |                |            |              |            |
| RP.                      | 3495  | CDP:            | 971            | FECHA INICIO:  | 2025-07-02 | FECHA FINAL: | 2025-07-31 |
| VALOR CONTRATO:          | 2.100.000,00  |                 | VALOR A PAGAR: | 2.100.000,00   |            | ✓            |            |
| BANCO A CONSIGNAR:       | Banco de Occidente  | TIPO DE CUENTA: | Ahorros        | No. CUENTA:    | 875816688  |              |            |
| CDP - ADICION:           | N/A   | RP - ADICION:   | N/A            | VALOR ADICION: | 0,00       | 2            |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | Julio   |                 |                |                |            |              |            |

FIRMA

  
JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS  
C.C. 1082977297 expedida en SANTA MARTA


ACTA DE INICIO DEL CONTRATO NO. CD20252534 DEL 2025

|                          |   |
|--------------------------|---|
| NO. DEL CONTRATO         | CD20252534 DEL 2025   |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE   | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA   | JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS  |
| NO. DE IDENTIDAD         | 1082977297  |
| OBJETO DEL CONTRATO      | PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR TRASLADO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE.   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/1 (\$DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/1)   |
| FORMA DE PAGO            | EL HUJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/1. (\$2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del supervisor del contrato. |
| PLAZO DE EJECUCIÓN       | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de julio de 2025.   |
| CDP                      | 971   |
| REGISTRO PRESUPUESTAL    | 3495  |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO  | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO  |

Entre los suscritos, **MILCIDADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8.742.789, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN Y CUIDADO CRÍTICO** quien actúa como supervisor del contrato **CD20252534** por otra parte **JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS**, en calidad de contratista quienes se reúnen para dar inicio al contrato en mención, cuyo objeto es el mencionado en la parte superior del presente documento.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta a los 2 Días, del mes de JULIO del año 2025.

SUPERVISOR,

  
MILCIDADES OSORIO SANCHEZ  
C.C 8.742.789

CONTRATISTA,

  
JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS  
CC 1082977297

  
Proyecto: María Camila De Alba  
Profesional Administrativo Enfermería

**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO**CODIGO QUEJEP  
VERSION 001  
FECHA DE ULTIMA REVISION  
23/07/2025  
PAGINA 1 DE 1

CELEBRADO ENTRE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE Y

JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIA

CON C.C N° 1082977297

## I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR CAMILLERO PARA REALIZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. CD20252534 DE FECHA INICIO 21/7/2025

## II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas del objeto del contrato)

|   |   |
|---|---|
| 1 | Recibi y entregue turno de acuerdo a la guia Institucional.   |
| 2 | Obre con diligencia y el cuidado necesario en los asuntos que me asigno el supervisor de la orden   |
| 3 | Cumplí con el desarrollo y el cuidado de actividades en el area asistencial que comprende los servicios de hospitalizacion medicina interna, hospitalizacion quirurgica,hospitalizacion neurocirugia, hospitalizacion pediatrica,hospitalizacion ginecologica,unidad de cuidados intensivos,(neonatal,pediatrica y adulto) y en todos los servicios hospitalarios que se requieran para que adelante los procesos de traslado del paciente para los diferentes servicios hospitalarios tales como imagenologia, ecografia,unidad de endoscopia,unidad de cardiologia,consulta externa,traslado de cadaveras del servicio hospitalario donde fallece hasta la morgue de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE. |
| 4 | Cumplí con los turnos programados por la E.S.E de acuerdo a los parametros de calidad, oportunidad, accesabilidad, continuidad, suficiencia,integridad, seguridad,precision tecnica,racionalidad,calidez,transparencia,consentimiento y alto continuo para atender la salud de cada uno de los habitantes del Departamneto del Magdalena y Distrito de Santa Marta que requieren de este servicio.  |
| 5 | Asisti a capacitaciones, programas de formación continua, y apropiación de procesos de inducción y reinducción.   |
| 6 | realice apsesia diaria y semanal de la silla de rueda y camillas en el piso asignado por turno.   |
| 7 | Atendi a los paciente en los diferente traslados con trato humanizado en el turno.  |
| 8 | reporte anomalias al jefe inmediato a cargo del area del servicio asignado.   |
| 9 | Estas actividades se deben realizar con el personal idoneo con sus respectivas condiciones de seguridad para garantizar el bienestar del paciente y la labor de este funcionario Cumplir con los turnos programados por la E.S.E de acuerdo a los parametros de calidad, oportunidad, accesabilidad, continuidad, suficiencia,integridad, seguridad,precision tecnica,racionalidad,calidez,transparencia,consentimiento y alto continuo para atender la salud de cada uno de los habitantes del Departamneto del Magdalena y Distrito de Santa Marta que requieren de este servicio recibir y entregar turno de acuerdo a la guia Institucional.  |

## III. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA:   | 7976329151 | OPERADOR:     | SOI          |
|--------------------|------------|---------------|--------------|
| CONCEPTO DEL PAGO  | ENTIDAD    | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD:             | SANTAS     | 23/7/2025     | 178.200      |
| PENSIÓN:           | PROTECCION | 23/7/2025     | 228.000      |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA   | 23/7/2025     | 34.800       |

## IV. 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 por el valor que exige la Ley, pago del cual anexo copia simple.
- 3.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

## V. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:

N°. IDENTIFICACIÓN:

1082977297



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



|   |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |                                  |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|
| <b>TIPO IDENTIFICACIÓN:</b><br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:<br>CIUDAD/MUNICIPIO:<br>DIRECCIÓN:<br>TIPO APORTANTE:<br>TIPO EMPRESA:<br>FORMA DE PRESENTACIÓN:<br>APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  | <b>DATOS GENERALES DEL APORTANTE</b><br>CÉDULA DE CIUDADANÍA: <input type="checkbox"/> NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:<br>SANTA MARTA DEPARTAMENTO:<br>CARRERA 14 NO. 34-130 MARIA EUGENIA TELÉFONO:<br>02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:<br>PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:<br>ÚNICO |  | 192977297<br>JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIA<br>MAGDALENA<br>4346262<br>INDEPENDIENTE<br>Comercio al por mayor de computadores, equipo per<br>NO |  | <b>DATOS GENERALES DE LA PLANILLA</b><br>NÚMERO PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN OTROS<br>DÍAS DE MORA:<br>FECHA PAGO (aaaa/mm/ddd): |  |  | 7976329151<br>junio AÑO 2025<br>2025/07/23 |  | TIPO DE PLANILLA:<br>PERIODO COTIZACIÓN SALUD:<br>MES junio AÑO 2025 |  | INDEPENDIENTES 2025<br>164795249 |  |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA    | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | TOTAL APORTES A PENSIÓN       |           |             |      |              | MORA       |      |            | TOTALES |              |  |
|--------|-------------------|--------|----------------|------------|-------------------------------|-----------|-------------|------|--------------|------------|------|------------|---------|--------------|--|
|        |                   |        |                |            | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | FSP  | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP  | APORTES    | MORA    | VALOR PAGADO |  |
| 230201 | 230201-PROTECCION |        | 1              | \$ 227.800 | \$ 0                          | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0         | \$ 200     | \$ 0 | \$ 227.800 | \$ 200  | \$ 228.000   |  |

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA     | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | LICENCIA MATERINIDAD | SALDO A FAVOR | LIQUIDACIÓN |          |        | MORA       |             |            | TOTALES     |            |      |
|--------|--------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------------|---------------|-------------|----------|--------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------|
|        |                    |        |                |                            |                      |               | VALOR       | PLANILLA | VALOR  | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES    | MORA |
| EP5005 | EP5005-SANTAS S.A. |        | 1              | \$ 0                       | \$ 0                 | \$ 0          | \$ 178.000  | \$ 0     | \$ 200 | \$ 0       | \$ 178.000  | \$ 200     | \$ 0        | \$ 178.200 |      |

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA                          | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR | LIQUIDACIÓN |           | TOTALES    |         |      |           |
|--------|---|--------|----------------|-----------------|----------------------|---------------|-------------|-----------|------------|---------|------|-----------|
|        |   |        |                |                 |                      |               | PLANILLA    | VALOR     | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO |
| 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. |        | 1              | \$ 0            | \$ 0                 | \$ 0          | \$ 34.700   | \$ 34.700 | \$ 34.700  | \$ 100  | \$ 0 | \$ 34.800 |

| DATOS DEL COTIZANTE |                |                                 |                |                   |                |                 |                             |     |     |     |      |     |      | LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |     |     |      |     |     |     |     |     |     |                   |           |            |              |             |           |                  |                           |                    |           |            |            |             |   |           |           |                   |              |      |       |              |              |              |              |              |      |
|---------------------|----------------|---------------------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------------|-----------------------------|-----|-----|-----|------|-----|------|-------------------------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|------------------|---------------------------|--------------------|-----------|------------|------------|-------------|---|-----------|-----------|-------------------|--------------|------|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------|
| Nº                  | IDENTIFICACION | NOMBRES                         | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL | ING | RET | TDE | VIAE | TUP | CODI | VSP                           | VST | SLV | CODI | IBE | LMA | VAC | AVP | VET | IRP | ADMIN             | PENSIÓN   |            |              |             |           | SEGURIDAD SOCIAL |                           |                    |           |            | SALUD      |             |   |           |           | PARAFISCALES      |              |      |       |              |              |              |              |              |      |
|                     |                |                                 |                |                   |                |                 |                             |     |     |     |      |     |      |                               |     |     |      |     |     |     |     |     |     |                   | IBIC      | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO         | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE       | ADMIN     | IBIC       | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE                            | ADMIN     | IBIC      | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | IBIC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |      |
| 1                   | EC 1082977297  | SARMIENTO GARCIA JAVIER ALFONSO | INDEPENDIENTE  |                   | \$ 1.423.500   |                 | NO                          |     |     |     |      |     |      |                               |     |     |      |     |     |     |     |     |     | 230201-PROTECCION | 1,423,500 | \$ 227,800 | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0      | Normal           | \$ 227,800                | EP5005-SANTAS S.A. | 1,423,500 | \$ 178,000 | \$ 0       | \$ 178,000  | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1,423,500 | \$ 34,700 | \$ 34,700         | \$ 0         | \$ 0 | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0 |

TOTAL PAGADO: \$ 441.000

Planilla Pagada

**ACTA FINAL DEL CONTRATO NO. CD20252534 DEL 2025**

|   |   |
|---|---|
| NO. DEL CONTRATO                              | CD20252534 DEL 2025   |
| NOMBRE DEL CONTRATANTE                        | ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                        | JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS  |
| NO. DE IDENTIDAD                              | 1082977297  |
| OBJETO DEL CONTRATO                           | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE TRASLADO PARA REALIAZAR ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE   |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO                      | DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000)  |
| FORMA DE PAGO                                 | El HJMB cancelará al CONTRATISTA 1 cuota, por valor de DOS MILLONES CIENTO MIL PESOS M/L. (\$2.100.000), de conformidad con el informe de la ejecución de las actividades contractuales realizadas, previa certificación de cumplimiento expedida por parte del Supervisor del contrato |
| PLAZO DE EJECUCIÓN                            | Previa legalización del contrato sin exceder 31 de JULIO de 2025.   |
| CDP   | 971   |
| REGISTRO PRESUPUESTAL                         | 3495  |
| FECHA DE ACTA DE INICIO                       | 2 DE JULIO DE 2025  |
| FECHA DE TERMINACION CONTRATO                 | 31 DE JULIO DE 2025   |
| <b>ADICION</b>                                |   |
| CDP DE LA ADICION                             | N/A   |
| REGISTRO PRESUPUESTAL DE LA ADICION           | N/A   |
| PLAZO ADICION                                 | N/A   |
| FORMA DE PAGO ADICION                         | N/A   |
| FECHA DE TERMINACION DE CONTRATO CON ADICION. | N/A   |
| VALOR ADICION                                 | N/A   |
| VALOR FINAL DEL CONTRATO                      | N/A   |
| SUPERVISOR DEL CONTRATO                       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO  |

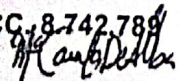
Entre los suscritos, **MILCIADES OSORIO SANCHEZ**, mayor de edad, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **CC.8.742.789**, expedida en Santa Marta, obrando en calidad de **PROFESIONAL ESPECIALIZADO UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO**, quien actúa como supervisor del contrato **CD20252534** por otra parte **JAVIER ALFONSO SARMIENTO GARCIAS**, identificado con la cedula de ciudadanía No. **1082977297** en su condición de contratista se reunieron para firmar acta de finalización de contrato.

Por último el hospital se declara que no existe emolumento alguno entre las partes y con todo concepto respecto de las obligaciones mutuas pactadas en el contrato prestación de servicios en referencia.

Para constancia se firma por las partes, en la ciudad de Santa Marta en el mes de **JULIO** del año **2025**.

SUPERVISOR,

  
**MILCIADES OSORIO SANCHEZ**

CC. 8.742.789  


Proyecto: María Camila De Alba  
Profesional Administrativo Enfermería

CONTRATISTA,

  
**JAVIER ALFONSO SARMIENTO  
GARCIAS**  
**1082977297**