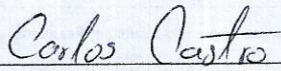
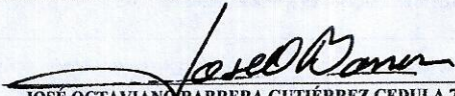
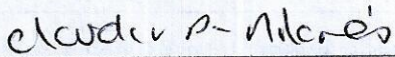
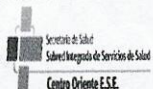
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS					
CON C.C.Nº		1.013.605.707			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5495 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 761.317		No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.109.008		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		4 MESES 9 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1	Realicé la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
2	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (7 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).				
3	Garanticé el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica (17 registros de atenciones registrados en plataforma Netux)				
4	Brindé respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Pre hospitalaria.				
5	Presenté cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria. (7 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).				
6	Garanticé el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.				
7	Realicé el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.(7 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux y 7 registros de control de temperatura).				
8	Garanticé el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
9	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
10	Realicé los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente (8 registros de limpieza y desinfección registrados en aplicativo Netux).				
11	Realicé el informe y registro oportuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil				
12	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.				
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.				
14	Garanticé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
15	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.				
16	Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora, mediante entrega a gestor externo de la unidad funcional.				
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.				
18	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. - Reunión efectuada por parte de la supervisión en el mes en referencia y capacitación de fortalecimiento de capacidades.				

19	Garantíe el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.		
20	Cumpli del tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/09/2025 AL 30/09/2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89096719	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS EPS	12/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	CAFAM	12/09/2025	\$ 28.500
TOTAL PAGADO			\$ 434.300
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VI. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS CC No 1013605707	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH	



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS	CC:	1.013.605.707
CORREO ELECTRÓNICO:	C07.CARLOS08@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3112530755
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 68 63 31	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones

(X)

SI tomaré costos y deducciones

()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

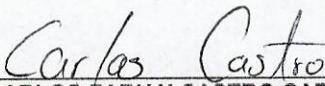
SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	17278117545
-----------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5495 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.009.340
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		


CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS
CEDULA:1013605707
CELULAR:3112530755

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	1	12/08/2025	89096719	\$437.200	

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000

TOTAL DEL GRUPO													
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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0	0	0	0	0	10	1.200	0	179.200	1

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Contribución Obligatoria
230301	Ponetti	800224808-8	227.800

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	Ponerit	800224808-8	227.800	0	0	0	0	10	1.500	0	229.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES		
Código ARL	Nombre	NIT
		Cotización Obligatoria

[illegible]

TOTALES CAJAS	
Código CCF	Nombre
CCF21	Carlam

Código CCF	Nombre	MIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aportes	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	28.600	10	200	28.700	1

TOTALES PARA FISCALES				
Valor Aportes	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	10	0	0	0
SENA				
ICBF				
0	10	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178,000	179,200
Pensión	1	227,800	229,300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	28,500	28,700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	434,300	437,200

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	1013605707	CARLOS FABIAN CASTRO CARDENAS	CALLE 68#61-36	9023454
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.
			Ciudad / Municipio	BOGOTÁ D.C.
			Correo	scarloscastr0708@gmail.com
			EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
	2025-03	PERIODO PENSIONES	2025-03	8006719
				TOTAL A PAGAR
				\$437,200

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Contribuyente	Empleador	RENT	TDE	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI	IGI

PAGA DADA