

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA		Código	GFIF04
	FORMATO	CERTIFICACIÓN DE PAGO FINAL		Versión	04
Aspectos generales de contrato y su ejecución					
(1) Contrato No.	2697	de	2025		
(2) Nombre del contratista y/o representante legal:	Monica Alejandra Zarta Sanabria				
(3) Cédula y/o NIT:	1007384749	(4) Correo electrónico:	mzarta@Minsalud.gov.co		
(5) Dirección:	Calle 126 #51-38	(6) Teléfono:	3228919938		
(7) Nombre del supervisor y/o interventor:	NATHALIA CAROLINA RODRIGUEZ MARTÍNEZ				
(8) Dependencia:	Grupo de gestion integrada para salud mental	(9) No. Extensión o teléfono:	1218		
(10) Objeto:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE GESTION INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL PARA EL APOYO DE ACCIONES DE TELEORIENTACION EN SALUD				
(11) Plazo de ejecución:	30/12/2025				
(12) Fecha de inicio:	17 de septiembre de 2025	(13) Fecha terminación:	30 de diciembre de 2025		
(14) Valor inicial del contrato: \$	\$12.643.063				
(15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): \$	\$ 3,479,742.00				
(16) Valor desplazamientos: \$	\$ 0.00				
(17) Adición (\$):	NA				
(18) Prórroga (tiempo):	NA				
(19) Suspensión:	NA				
(20) Cesión:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	A PARTIR DE LA FECHA		NA
(21) Concepto del pago:	01/12/2025 - 30/12/2025				
(22) Terminación anticipada:	NA				
Resumen financiero					
(23) Valor total del contrato (inicial + adición) (vigencia) \$	(24) Valor pagado y/o girado \$	(25) Valor ejecutado \$	(26) Saldo a favor \$	(27) Saldo a liberar y/o liberado \$	
VIGENCIA 2024					
\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00	\$ 0.00
VIGENCIA 2025					
\$ 12,643,063.00		\$ 8,583,364.00	\$ 12,063,106.00	\$ 3,479,742.00	\$ 579,957.00
				(26) Valor Cesión \$	
Cumplimiento – pagos seguridad social – aportes parafiscales					
(28) Salud planilla N°	9496132542	(29) Valor:	\$178.000	(32) Cumplió:	SI
(28) Pensión planilla N°	9496132542	(30) Valor:	\$227.800	(32) Cumplió:	SI
(28) Riesgos laborales planilla N°	9496132542	(31) Valor:	\$7.500	(32) Cumplió:	SI
(33) Certificación parafiscales de fecha:					

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF04																									
	FORMATO	CERTIFICACIÓN DE PAGO FINAL	Versión	04																									
(34) Concepto supervisor y/o interventor																													
<p>El supervisor y/o interventor, hace constar que la contratista Monica Alejandra Zarta Sanabria entregó los productos y/o prestó los servicios pactados en la cláusula septim e el contrato N° 2697 de 2025, cumplió (Si) el 100% con el objeto del contrato y demás obligaciones contractuales.</p> <p>De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos del sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales durante la ejecución del contrato.</p> <p>Por lo anterior se deja constancia que:</p>																													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Se pagó o desembolsó la suma de \$</td> <td style="width: 20%; text-align: center; border: 1px solid black;">\$ 8,583,364.00</td> <td style="width: 30%;">conforme a la cláusula</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Quinta</td> <td style="width: 10%;">del contrato.</td> </tr> <tr> <td>2. Se ejecutó la suma de \$</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$ 12,063,106.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Existe saldo a favor del contrato por la suma de \$</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$ 3,479,742.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. El valor cedido por el contratista es de \$</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$ 0.00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. El Ministerio libera la suma de \$</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">\$ 579,957.00</td> <td></td> </tr> </table>					1. Se pagó o desembolsó la suma de \$	\$ 8,583,364.00	conforme a la cláusula	Quinta	del contrato.	2. Se ejecutó la suma de \$			\$ 12,063,106.00		3. Existe saldo a favor del contrato por la suma de \$			\$ 3,479,742.00		4. El valor cedido por el contratista es de \$			\$ 0.00		5. El Ministerio libera la suma de \$			\$ 579,957.00	
1. Se pagó o desembolsó la suma de \$	\$ 8,583,364.00	conforme a la cláusula	Quinta	del contrato.																									
2. Se ejecutó la suma de \$			\$ 12,063,106.00																										
3. Existe saldo a favor del contrato por la suma de \$			\$ 3,479,742.00																										
4. El valor cedido por el contratista es de \$			\$ 0.00																										
5. El Ministerio libera la suma de \$			\$ 579,957.00																										
(35) Concepto del cumplimiento																													
Bueno		Regular		Malo																									
X																													
(36) Observaciones	NINGUNA																												
(37) Firma responsables																													
 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <p>Firmado digitalmente por Nathalia Carolina Rodriguez Martinez</p> </div> <hr style="width: 30%; margin: 10px auto;"/> <p>NATHALIA CAROLINA RODRIGUEZ MARTÍNEZ Supervisora Asesora del despacho del Ministro - Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental - Dirección de Promoción y Prevención</p>																													
(38) Fecha: 12/12/2025 Bogotá D. C.,																													

Nota 1. Adjuntar Informe final de supervisión GCOF19



Manifestación De Compromiso De Ejecución Contractual

(Conforme a la Ley 80 de 1993, Ley 1474 de 2011 y demás normas concordantes)

Yo, **Monica Alejandra Zarta Sanabria**, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1007384749 expedida en Ibagué, en calidad de contratista vinculado mediante el Contrato de Prestación de Servicios No.2697, suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social, manifiesto de manera libre, consciente y voluntaria lo siguiente:

1. Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la **Ley 80 de 1993** y demás normas que regulan la contratación estatal, me comprometo a **radicar oportunamente la documentación requerida** para el adecuado trámite y cierre del contrato, conforme a los procedimientos establecidos por la entidad contratante.
2. Que continuaré prestando mis servicios **hasta la fecha de finalización pactada en el contrato**, cumpliendo con las obligaciones contractuales a mi cargo, en concordancia con los principios de responsabilidad, transparencia y economía establecidos en la **Ley 80 de 1993**, **así como los demás principios que rigen la materia, establecidos en las demás normas concordantes**.
3. Que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, me obligo a efectuar el pago completo, oportuno y continuo de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, en sus componentes de salud, pensión y riesgos laborales, durante la totalidad del período de ejecución del contrato de referencia, sin interrupciones ni omisiones, esto es, en especial, **el pago del mes de diciembre en el mismo mes para la presentación de la cuenta correspondiente**.
4. Que, en caso de incumplimiento de este compromiso por causas atribuibles a mi conducta, **me obligo a reintegrar a la entidad contratante el valor proporcional correspondiente a los días que efectivamente no se preste el servicio**, sin perjuicio de las demás acciones legales, sancionatorias o contractuales a que haya lugar, conforme al régimen de responsabilidad previsto en la normativa vigente y de acuerdo a lo previsto en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011.

Los informes aportados al **supervisor**, evidencian las actividades realizadas entre el **1 y el 12 de diciembre de 2025**.


No obstante, conforme a lo dispuesto en la **Circular No. 35 del 10 de noviembre de 2025**, expedida por la Secretaría General y la Subdirección Financiera, se autoriza el **pago completo de la mensualidad ordinaria**, bajo el compromiso expreso de presentar los siguientes formatos con la información correspondiente al período restante:





- **GCOF48 - Formato de Informe Parcial de Ejecución y supervisión**
- **GCOF47 - Informe Final de Ejecución y Supervisión**

Los informes radicados anticipadamente, así como los correspondientes al periodo restante, deberán presentarse con todos sus soportes a través de la plataforma **SECOP II**, más tardar el 31 de diciembre de 2025, so pena de incurrir en causal de incumplimiento contractual. El supervisor designado será el responsable de velar por el cumplimiento íntegro y oportuno de esta obligación.

En constancia de lo anterior, firmo la presente manifestación a los 12 días del mes de diciembre de 2025.


Firma Contratista:  Firmado digitalmente por
Monica Zarta
Nombre completo: Monica Alejandra Zarta Sanabria

Firma Supervisor:  Firmado digitalmente
por Nathalia Carolina
Rodriguez Martinez
Nombre completo: NATHALIA CAROLINA RODRIGUEZ MARTÍNEZ


	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

Contrato No.	2697 DE 2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA		
Nombre del supervisor y/o interventor	NATHALIA CAROLINA RODRIGUEZ MARTINEZ	Teléfono / Extensión	1218
Dependencia	GRUPO DE GESTION INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL-DIRECCION DE PROMOCION Y PREVENCIÓN		
Objeto del contrato	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE GESTION INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL PARA EL APOYO DE ACCIONES DE TELEORIENTACION EN SALUD MENTAL		
Fecha de inicio	miércoles, 17 de septiembre de 2025	Fecha de terminacion	martes, 30 de diciembre de 2025
Período objeto del informe:	01 de diciembre de 2025 - 12 de diciembre de 2025		

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN			
OBLIGACIONES GENERALES			
Certifico que he dado cumplimiento a todas las obligaciones generales pactadas durante el periodo de reporte del informe.			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			
	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Observaciones o comentarios del Supervisor
1	Participar activamente en el entrenamiento y capacitaciones establecidas por el supervisor del contrato relacionadas con el funcionamiento y la atención brindada desde la línea de Teleorientación.	-Se ve grabación de reunión virtual "aclaración de cuenta final" el día 28 de noviembre debido a que me encontraba de post-turno -Reunion con senior para aclaración de proceso de cuenta de cobro de diciembre y espacios de autocuidado emocional asociado a espacio laboral	NINGUNO
2	Apoyar técnicamente en la atención en los diferentes canales de contacto de la línea de Teleorientación Nacional en Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con el manual,	Se reciben y se gestionan llamadas que ingresaron por plataforma Avaya; se brinda la orientación requerida a cada caso desde el protocolo de la línea (caja de herramientas).	NINGUNO

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

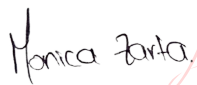
	los protocolos y demás documentos técnicos que enmarcan el funcionamiento de esta línea de atención.			
3	Apoyar el diligenciamiento de las bases de datos, aplicativos y sistemas de información establecidos por el supervisor del contrato de acuerdo con el manual, los protocolos y demás documentos técnicos que enmarcan el funcionamiento de esta línea de atención.	-Se realiza el diligenciamiento de 48 registros en la plataforma SURVEY123 bajo mi usuario para plasmar las atenciones realizadas. - Se envía reporte de inicio y fin de disponibilidad al correo.	Formatos iniciales y de seguimiento orientacionsm@minsalud.gov.co Obligacion 3	NINGUNO
4	Identificar los casos con riesgos que requieren canalización a los servicios de salud y programas de otros sectores e informar al supervisor de turno para que se realice la correspondiente gestión y realizar el seguimiento respectivo a los casos gestionados.	Se identificaron durante el periodo 20 casos que requirieron seguimientos, que se realizan efectivamente.	orientacionsm@minsalud.gov.co Obligacion 4	NINGUNO
5	Entregar informe final que contenga un resumen ejecutivo de las acciones desarrolladas para el cumplimiento de cada obligación contractual.	-Se entrega informe parcial correspondiente al periodo de septiembre 2025. -Se anexa evidencia de las obligaciones en las carpetas en el aplicativo sharepoint	Informe parcial. Obligacion 5	NINGUNO
6	Participar en las reuniones y/o mesas de trabajo que con ocasión del desarrollo de las obligaciones contractuales debe cumplir.	Reunion virtual con coordinadora: Cuenta de cobro y autocuidado	Obligacion 6	NINGUNO
7	Las demás que tengan relación con el objeto contractual y que sean requeridas por el supervisor del contrato	Reunion salud mental: Aclaracion de cuenta. En disponibilidad	Obligacion 7	NINGUNO

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO

Certifico que dí cumplimiento a las obligaciones frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo descritas en el estudio previo durante el periodo del informe

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.


 Firmado digitalmente
por Monica Zarta

MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA

Fecha: 12/12/2025

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. La contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas). SI NO
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. El contratista aportó la certificación de examen pre-ocupacional como adjunto a los documentos correspondientes al primer pago del Contrato, en cumplimiento de lo previsto del artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015.
SI NO
4. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por La contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención. SI NO
5. A la fecha SI NO existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
6. Durante el periodo del presente informe realicé el respectivo monitoreo a los riesgos.


OBSERVACIONES NINGUNA

En constancia, firmo:


 Firmado digitalmente
por Nathalia Carolina
Rodriguez Martinez
Espacio para la firma del Supervisor y/o interventor
NATHALIA CAROLINA RODRIGUEZ MARTÍNEZ
 Supervisora

Asesora del despacho del Ministro -Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental - Dirección de Promoción y Prevención

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., viernes, 12 de diciembre de 2025

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	Código:	GCOF48
	FORMATO	INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN – CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción	Versión:	01

CUENTA DE COBRO

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
NIT 900.474.727-4

DEBE A:

NOMBRE: MONICA ALEJANDRA ZARTA SANABRIA

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 1007384749 D.V. DE Ibagué

LA SUMA DE: Tres millones cuatrocientos setenta y nueve mil setecientos cuarenta y dos (\$3.479.742)

POR CONCEPTO DE: Honorarios mensuales

Contrato No.: 2697 de 2025

DESEMBOLSO No.: 4

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES AL GRUPO DE GESTION INTEGRADA PARA LA SALUD MENTAL PARA EL APOYO DE ACCIONES DE TELEORIENTACION EN SALUD MENTAL


PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 01/12/2025 Y 30/12/2025

FECHA: 12/12/2025


DIRECCION: Calle 126 #51-38

CIUDAD: Bogotá

TELEFONO: 3228919938

 Firmado digitalmente por
Monica Zarta

FIRMA

	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	08

Bogotá D.C., 12 de Diciembre 2025

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 Bogota

Yo Monica Alejandra Zarta Sanabria identificado(a) con cedula de ciudadanía 1007384749 de Ibague Contrato de Prestación de Servicios No: 2697

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

- Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente SI NO
- Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA SI NO
- Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT.
(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA) SI NO
- Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT
(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47) SI NO
- Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social.
(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T) SI NO
- De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO


(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

- Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda SI NO
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente porcentaje: NA %.

- Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) SI NO
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).
- Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) SI NO
(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)
- Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud SI NO
(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)
- Soy Pensionado SI NO
(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)
- Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones SI NO
(Adjuntar soporte de devolución)
- PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la presente cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto. SI NO
- PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta). SI NO
- Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.
- Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (12) días del mes de Diciembre de 2025

 Firmado digitalmente
por Monica Zarta

Firma Electrónica

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1989992862	9496132542	I	2026/01/14	2025/12/09	NEQUI	0	\$413,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	