

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|--------|------|
|                                                                                                                                                                               | 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 |                       |        |      |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 | BRYAN DAVID GUEVARA GARCÍA |                         |                          |                 |                   |                       | 430895 |      |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           | Cedula                                                                          | No.                        | 98570450                |                          |                 |                   |                       |        |      |
| CORREO                                                                                                                                                                                                                                                       | bryans1a@yahoo.com                                                              | CELULAR                    | 3103679014 - 3105146171 |                          |                 |                   |                       |        |      |
| PROCESO:                                                                                                                                                                                                                                                     | GESTION DEL RIESGO - PIL                                                        |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                    | GESTION DEL RIESGO - PIL                                                        |                            | UNIDAD:                 | Ferias                   |                 |                   |                       |        |      |
| CENTRO DE COSTOS                                                                                                                                                                                                                                             | Centro de costo                                                                 | %                          | Centro de costo         | %                        | Centro de costo | %                 | Centro de costo       | %      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | A00                                                                             |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| BANCO                                                                                                                                                                                                                                                        | 28                                                                              | TIPO CUENTA                | SIN CUENTA              |                          |                 |                   |                       |        |      |
| NUMERO CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 | 0                          |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 | 0046-2026                  |                         | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |                 |                   |                       |        |      |
| NÚMERO DE CDP: 1                                                                                                                                                                                                                                             | 118                                                                             | FECHA                      | 15/01/2026              | NÚMERO DE CRP: 1         | 4533            | FECHA             | 20/01/2026            |        |      |
| NÚMERO DE CDP: 2                                                                                                                                                                                                                                             | 297                                                                             | FECHA                      | 20/02/2026              | NÚMERO DE CRP: 2         | 14725           | FECHA             | 28/02/2026            |        |      |
| OBJETO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO IV-ENFERMERO(A)                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| PERIODO CERTIFICADO                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | DESDE                      | DIA                     | MES                      | AÑO             | HASTA             | DIA                   | MES    | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |                            | 01                      | 03                       | 2026            |                   | 31                    | 03     | 2026 |
| TIPO SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                               | PIC                                                                             | RESERVA DE GLOSA 2%        |                         |                          |                 | 0                 |                       |        |      |
| VALOR MES                                                                                                                                                                                                                                                    | 5,483,200                                                                       | 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. |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| <b>CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                            |                         | VALORES                  |                 |                   |                       |        |      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                 |                            |                         | 18,446,200               |                 |                   |                       |        |      |
| VALOR EJECUTADO:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                            |                         | 12,963,000               |                 |                   |                       |        |      |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |                            |                         | 5,483,200                |                 |                   |                       |        |      |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                            |                         | 184                      |                 |                   |                       |        |      |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                            |                         | 184                      |                 |                   |                       |        |      |
| VALOR A LIBERAR:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                 |                            |                         | 0                        |                 |                   |                       |        |      |
| SALDO POR EJECUTAR:                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |                            |                         | 5,483,200                |                 |                   |                       |        |      |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                 |                            |                         | 70.27 %                  |                 |                   |                       |        |      |
| <b>El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |
| 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    |                       |        |      |
| 36363612                                                                                                                                                                                                                                                     | 315,000                                                                         | 403,200                    | 3                       | 61,400                   | 0               | 779,600           |                       |        |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | 0                                                                               | 0                          |                         | 0                        | 0               |                   |                       |        |      |
| El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.                                                                                                                 |                                                                                 |                            |                         |                          |                 |                   |                       |        |      |

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

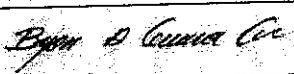
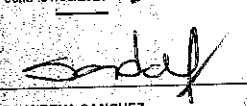


SANDRA MIREYA SANCHEZ  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

BRYAN DAVID GUEVARA GARCÍA  
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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                         |                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E.                                                                                                  |  | <b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b><br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |                                            |  |
| <b>ÁREA Y/O SERVICIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                        |  | <b>DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD-PAI</b>                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           | <b>UNIDAD:</b>                                                          |                                            |  |
| <b>No. DE CONTRATO:</b> CPS 0046-2026                                                                                                                                                                                                                            |  | <b>PERIODO CERTIFICADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Día<br>01                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Mes<br>03 | Año<br>2026                                                             | Plan de Intervenciones<br>Colectivas-PSPIC |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b> SANDRA MIREYA SANCHEZ                                                                                                                                                                                                              |  | <b>DOCUMENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 98570450                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                         |                                            |  |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> GUEVARA GARCIA BRYAN DAVID                                                                                                                                                                                                        |  | <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 - ENFERMERO(A) dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                         |                                            |  |
| <b>TOTAL DE EJECUCIÓN ( % ): 100%</b>                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                         |                                            |  |
| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>ACTIVIDADES REALIZADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                         |                                            |  |
| 1-Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización incluida la vacunación COVID-19.                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Se apoyo a la generación del informe de vacunación correspondiente al mes de marzo de 2026.                                                                                                                                                                                               |           |                                                                         |                                            |  |
| 2-Seguimiento, actualización y evaluación del plan de acción PAI por localidad, donde incluyan las jornadas y campañas de vacunación establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y/o la Secretaría Distrital de Salud.                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Se apoyo en la concertación y gestión de las jornadas de vacunación a realizar en las localidades de Barrios Unidos y Chapinero, solicitadas por los componentes de Infancia y políticas.                                                                                                 |           |                                                                         |                                            |  |
| 3- Articulación sectorial (entornos, componentes, transversalidades, coordinadores locales de salud) e Intersectorial para posicionamiento del Programa PAI que permita desarrollar acciones conjuntas con resultado de cumplimiento en las metas de vacunación. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Se participo en las diferentes mesas de análisis de políticas de las localidades de Barrios Unidos y Chapinero, realizadas el mes de marzo de 2026.<br>Se participa en el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia, ampliado Barrios Unidos (COLIA), realizado el marzo de 2026. |           |                                                                         |                                            |  |
| 4-Participar en los espacios de vigilancia en salud pública como: COVES, Monitoreo Rápido de Coberturas de Vacunación - MRCV y Encuesta Cobertura de Vacunación - ECV y los demás Programados que requieran acompañamiento del Programa, según aplique.          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo se participó en Espacios de vigilancia en salud pública (COVE), realizadas para las localidades de Barrios Unidos y Chapinero, realizadas durante el mes de marzo de 2026.                                                                                              |           |                                                                         |                                            |  |
| 5-Realizar y liderar la asistencia técnica PAI local, convocando a profesionales y auxiliares de enfermería de las IPS públicas y privadas de la Subred. Debe contar con la participación del Coordinador PAI Subred y referente o delegado del equipo de VSP.   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Se participa y apoya en la realización de la Asistencia Técnica Intramural, correspondiente al mes de marzo de 2026.<br>Se participa en la Jornada de articulación VSP - Farmacovigilancia - PAI, del mes de marzo de 2026.                                                               |           |                                                                         |                                            |  |
| 6-Seguimiento a las IPS que presenten eventos de excursión de temperatura con notificación a SDS.                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo reportado no se registran eventos de excursión y se mantiene la disposición para realizar la vigilancia de la ocurrencia y reporte de los eventos de excursión que llegasen a ocurrir.                                                                                  |           |                                                                         |                                            |  |
| 7-Reporte de notificación de eventos de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia y excursiones de temperatura, por localidad.                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo reportado no se registran eventos de excursión y se mantiene la disposición para realizar la vigilancia de la ocurrencia y reporte de los eventos de excursión que llegasen a ocurrir.                                                                                  |           |                                                                         |                                            |  |
| 8-Realizar visita de seguimiento a las IPS que presenten notificación de Eventos Adversos Posteriores a Vacunación - EAPV, además de la participación de unidades de análisis.                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo no se realizan visita de seguimiento a las IPS que presenten notificación de Eventos Adversos Posteriores a Vacunación - EAPV y No se participó en unidades de análisis.                                                                                                |           |                                                                         |                                            |  |
| 9-Aprobar la solicitud de necesidades de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del Programa permanente y Covid19 de las IPS de la subred.                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo se realiza aprobación de necesidades de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del Programa permanente y Covid19 de las realizadas por las IPS de la subred.                                                                                 |           |                                                                         |                                            |  |
| 10-Consolidar y validar el inventario de equipos de cadena de frío y sistemas de información del 100% de IPS públicas y privadas y centro de acopio.                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Para este periodo se consolida y valida, inventario de equipos de cadena de frío y sistemas de información del 100% de IPS públicas y privadas y centro de acopio.                                                                                                                        |           |                                                                         |                                            |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11-Planear y coordinar las jornadas de vacunación por localidad del programa incluyendo semana de intensificación, de acuerdo con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.                                                                                                                                                                                               | Para este periodo se realiza planeación y coordinación a desarrollar jornadas de vacunación en la localidad de Barrios Unidos y Chapinero, solicitadas por los diferentes entornos.                                                                                                                                   |
| 12-Realizar informe ejecutivo de la Jornada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Para este periodo no se programó ni realizó jornada de vacunación, por consiguiente no se genera informe de jornada.                                                                                                                                                                                                  |
| 13- Reportar mediante oficio a las IPS las novedades de incumplimiento a los estándares de habilitación de los servicios de vacunación en el marco de la normativa vigente para la prestación y habilitación de servicios de salud.                                                                                                                                                                       | Para la fecha reportada no se han registrado novedades e incumplimientos en los estándares de habilitación de los servicios de vacunación para las Localidades de Barrios Unidos y Chapinero.                                                                                                                         |
| 14-El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.                                                                                    | Para el periodo reportado se le da se da respuesta a las requisiciones y/o peticiones realizadas al programa PAI de la Subred Norte.                                                                                                                                                                                  |
| 15-El contratista brindara apoyo y seguimiento a la supervisión de los contratos que le sean asignados. Dicho apoyo se desarrollará en observancia de la normatividad vigente en materia de contratación estatal, velando por el cumplimiento de los objetos contractuales, la correcta ejecución de las obligaciones pactadas y el oportuno reporte de novedades que se presenten durante su desarrollo. | Para el periodo reportado, se realiza supervisión a los contratos de los Profesionales asignados y adscritos al Programa de PAI de la Subred Norte de las localidades de Chapinero y Barrios Unidos. □                                                                                                                |
| 16-El contratista se obliga a participar y gestionar todas las acciones necesarias que aporten al proceso de acreditación institucional, en concordancia con los estándares de calidad definidos por la Subred, así como a dar cumplimiento a las oportunidades de mejora que se deriven de los procesos de acompañamiento y evaluación correspondiente.                                                  | Para este periodo se participa en las reuniones programadas por la Coordinación PAI, Dirección PIC, Gestión del Riesgo, SDS y por diferentes entornos adscritos a la Dirección de Gestión del riesgo.                                                                                                                 |
| 17-Las actividades a cargo del contratista podrán ejecutarse en cualquiera de los procesos del GSP-PSPIC, conforme a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y según las necesidades de los servicios de la Subred."                                                                                                                                                                                  | En el marco de las acciones del PIC, se desarrollan acciones de apoyo a la gestión tales como la verificación de los informes presentados por los profesionales y técnicos de las Localidades de Chapinero y barrios Unidos.<br>Se apoyo la gestión y elaboración del informe PAI.                                    |
| 18-Ejecutar las acciones de gestión documental, para la generación, actualización, registro y clasificación de documentos y archivos de las actividades desarrolladas, de acuerdo a las tablas de retención documental definidas en la normatividad vigente. Garantizar la protección física y digital de los documentos, implementando medidas adecuadas de conservación e integridad.                   | Para este periodo se apoya con la verificación de los listados de Chequeos aplicados por los Profesionales PAI a los diferentes Puntos de vacunación.                                                                                                                                                                 |
| 19-El contratista deberá responder de manera oportuna y eficaz a las solicitudes y requerimientos efectuados por las entidades distritales y/o por la Subred Norte, en caso de contingencias, emergencias o alertas que así lo requieran, con el fin de garantizar la adecuada y continua prestación de los servicios.                                                                                    | Para este se mantiene la disponibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas en el marco del convenio PS-PIC así como los establecidos en los cronogramas realizados y reportados a la SRN y a la SDS.                                                                                                 |
| 20.Garantizar la custodia, entrega, recepción de los biológicos que se encuentren a cargo del programa PAI                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Para este periodo se garantizó la entrega de los biológicos asignados a las IPS de las Localidades asignadas, al igual que se garantizó la custodia de estas mediante las visitas y arqueo realizadas por los profesionales Intramurales y su posterior verificación con el concurso del equipo del Centro de acopio. |
| 21.Garantizar el cumplimiento de coberturas de vacunación y las metas establecidas en el Programa PAI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Para este periodo se realiza seguimiento permanente a las coberturas alcanzadas en cada una de las localidades asignadas mediante la revisión y seguimiento constante a los biológicos aplicados por la IPS, según los grupos de edades.                                                                              |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE (\$) \$5.483.200 - CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOCIENTOS PESOS M/C                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <br>GUEVARA GARCIA BRYAN DAVID<br>CC 98570450                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha: 31/03/2026<br><br>Firma de recibido supervisor:<br>SANDRA MIREYA SANCHEZ<br>Coordinadora PSPIC                                                                                                                            |
| Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |



|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | BRYAN DAVID GUEVARA GARCIA |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-98570450                |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                          |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                          |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2026-03-11                 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2026-03-12                 |
| FECHA DE PAGO:               | 2026-03-11                 |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA           |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2026-02                    |
| PERÍODO SALUD:               | 2026-02                    |
| NÚMERO PLANILLA:             | 36363612                   |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                          |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 36363612                   |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                          |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE            | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS037         | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1                | \$ 2.520.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 315.000                | \$ 315.000  |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES      | 1                | \$ 2.520.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 403.200                | \$ 403.200  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA          | 1                | \$ 2.520.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 61.400                 | \$ 61.400   |
| Total a pagar  |           |                   |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 779.600                | \$ 779.600  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 15/04/2026 |
|----------------------------------|------------|