



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 1 de 4

1.DATOS GENERALES

INFORME DE OBLIGACIONES POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS Nro: 989233

CONTRATO No. 11009422026 Del 26/01/2026

SEDE O REGIONAL: Bogotá

PLAZO DE EJECUCION DESDE: 26/01/2026

HASTA: 31/08/2026

NOMBRE Y APELLIDO CONTRATISTA: **PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ**

No. Documento de identificación: **1,000,018,579**

Régimen: **No Responsable**

No. de Aprobación de Planilla Aportes Salud y Pensión: **73753457**

Pago ARL: **SI** Nivel ARL(Nivel Riesgo): **2**

Pago No.: **4 / 8** Mes de Pago: **ABRIL** Declarante de Renta: **NO** Pensionado: **NO** Cesión: **NO** Número de pago: **0**

Tipo Informe: **Vigencia actual** Vigencia Futura: **NO** Número de Pago: **0**

2. INFORMACION FINANCIERA

VALORES

| | |
|--|----------------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES | 29,868,397.00 |
| HONORARIOS A PAGAR (Incluido IVA) | 0.00 |
| HONORARIOS A PAGAR (Sin incluir IVA) | 4,119,779.00 |
| PAGOS HONORARIOS ACUMULADOS INCLUIDOS EL PRESENTE PAGO | 13,389,281.00 |
| SALDO PENDIENTE POR PAGAR | 16,479,116.00 |

Nº. Compromiso Presupuestal a afectar en SIIF NACION 137826 Nro de Factura:

| Identificador Presupuestal | Recurso | Valor a Pagar |
|----------------------------------|---------|---------------|
| C-4602-1500-10-704040-4602014-02 | 21 | 4,119,779.00 |

APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

| | |
|--|------------|
| APORTES OBLIGATORIOS A SALUD(*): | 218,863.00 |
| APORTES OBLIGATORIOS A PENSIÓN (*): | 280,145.00 |
| APORTES FSP (*): | 0.00 |
| APORTE ARL (*): | 18,279.00 |
| APORTE VOLUNTARIO AFC (*): | 0.00 |
| APORTE VOLUNTARIO A FONDO DE PENSIÓN VOLUNTARIA (*): | 0.00 |
| CUENTA DE AHORRO AVC (*): | 0.00 |

(* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.

Fecha Creación
4/22/2026 7:31:13 AM

Fecha Impresión:
4/22/2026 7:31:19 AM

Corrección: 0

F1.P17.GF



3. INFORME DE ACTIVIDADES

| Obligación Contractual | Producto |
|--|---|
| ELABORAR E IMPLEMENTAR UN PLAN DE TRABAJO MENSUAL, EN COHERENCIA CON LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL TERRITORIO Y LAS ORIENTACIONES BRINDADAS POR LA SUBDIRECCIÓN DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS | En el marco de la obligación de elaborar e implementar el plan de trabajo mensual, durante el mes de Abril se desarrolló el cronograma mensual de actividades en coherencia con los lineamientos institucionales establecidos, orientando la ejecución de acciones en el territorio. En este sentido, se adelantaron procesos de articulación interinstitucional, participación en espacios técnicos, realización de diagnósticos, jornadas de búsqueda activa, fortalecimiento familiar y acciones de atención comunitaria, permitiendo la organización y ejecución oportuna de actividades dirigidas a la identificación, atención y garantía de derechos de niñas, niños y adolescentes. |
| APLICAR Y REGISTRAR EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DISPUESTO POR EL ICBF, DE MANERA OPORTUNA, LOS DIFERENTES FORMATOS, REPORTES E INFORMES DISPUESTOS EN EL PROCEDIMIENTO Y/O DEMÁS LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ALTA PERMANENCIA EN CALLE, TRABAJO INFANTIL, VIDA EN CALLE Y OTRAS VULNERACIONES, A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS MÓVILES DE PROTECCIÓN INTEGRAL EMPI | Respecto a la aplicación del sistema de información dispuesto por el ICBF, durante el mes de Abril se realizó el registro oportuno en el SIM de los diagnósticos y gestiones adelantadas con cada adolescente en proceso de atención, garantizando la trazabilidad de las actuaciones realizadas en el marco de la estrategia EMPI. |
| REALIZAR Y SOCIALIZAR EL DIAGNÓSTICO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, EL PLAN DE ACCIÓN MUNICIPAL Y LA ESTRATEGIA SOBRE LA SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL, ALTA PERMANENCIA EN CALLE Y VIDA EN CALLE | En cumplimiento de las acciones relacionadas con el diagnóstico territorial, se precisa que la ficha municipal con los aportes consolidados por el equipo fue entregada durante el mes anterior. Durante el mes de abril, se adelantaron acciones de socialización de dicho insumo, contribuyendo al análisis de la situación de trabajo infantil, alta permanencia en calle y vida en calle en el territorio asignado. |
| REALIZAR ACCIONES DE IDENTIFICACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE TRABAJO INFANTIL, ALTA PERMANENCIA EN CALLE, VIDA EN CALLE Y OTRAS VIOLENCIAS Y ACTIVAR LAS RUTAS DE PROTECCIÓN QUE SE REQUIERAN, ESPECIALMENTE EN LOS CASOS QUE SE IDENTIFIQUEN PRESUNTAS SITUACIONES DE AMENAZA, VULNERACIÓN Y/O INOBSERVANCIA DE DERECHOS | El 7 de abril se adelantaron acciones de articulación con la Alcaldía Local de Engativá, orientadas al fortalecimiento del trabajo interinstitucional en el territorio. De igual forma, el 12 de abril se brindó acompañamiento en el Puesto de Mando Unificado (PMU) en el Estadio El Campín, en el marco de evento masivo, apoyando acciones de prevención y verificación de derechos de niñas, niños y adolescentes. |
| BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS FORTALECIENDO LAS CAPACIDADES PARENTALES Y LA PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE VULNERACIÓN DE DERECHOS, REALIZANDO LA GESTIÓN Y ARTICULACIÓN PARA VINCULACIÓN A PROGRAMAS Y SERVICIOS EN EL TERRITORIO, QUE FAVOREZCAN LA ATENCIÓN INTEGRAL | Durante el mes de abril se adelantaron acciones de acompañamiento psicosocial y fortalecimiento familiar en diferentes localidades. El 10 y 16 de abril se realizaron jornadas de fortalecimiento familiar en la localidad de Bosa; el 13 de abril en la localidad de Santa Fe; y el 20 de abril con familia ubicada en la localidad de Suba. Así mismo, el 21 de abril se llevó a cabo diagnóstico familiar en la localidad de Kennedy, orientado a la comprensión de las dinámicas familiares y la identificación de factores de riesgo y protección, en el marco del proceso de atención. |



Proceso Gestión Financiera
Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios

F1.P17.GF

05/05/2022

Versión 8

Página 3 de 4

IMPLEMENTAR PROCESOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS, ORIENTADOS A LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LAS NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS QUE PERMITAN DESINCENTIVAR LAS PRÁCTICAS DE TRABAJO INFANTIL Y ALTA PERMANENCIA EN CALLE

En el marco de la atención comunitaria, el 8 de abril se participó en reunión para la organización de acciones en la Institución Educativa Kimy Pernía; y el 9 de abril se realizaron visitas a colegios en la localidad de Bosa, orientadas al fortalecimiento de estrategias de atención comunitaria y prevención de situaciones de vulneración de derechos en niñas, niños y adolescentes.

CUMPLIR EN VIRTUD DEL OBJETO CONTRACTUAL, LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En cumplimiento de otras actividades en el marco contractual, el 14 de abril se realizó acompañamiento en la Cárcel El Buen Pastor, y el 15 de abril se participó en espacio GET de la estrategia EMPI en la Regional Bogotá. Adicionalmente, los días 6 y 17 de abril se realizaron envíos de correos electrónicos para la gestión de casos de familias vinculadas a la estrategia, favoreciendo procesos de articulación y seguimiento institucional.

CERTIFICACION JURAMENTADA

Como Contratista del ICBF y para dar cumplimiento a lo estipulado en el Artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del Contrato 11009422026 DEL 2026.

Firma del Contratista:

C.C No.: 1,000,018,579

CERTIFICACION SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de supervisor del Contrato de prestación de Servicios arriba relacionado, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en el mismo por parte del contratista y el desarrollo de las actividades descritas en el presente informe, así mismo, con el fin de dar cumplimiento a la Circular Única No. 1 del 22 de agosto de 2019 de Colombia Compra Eficiente y a los principios de transparencias propios de la gestión administrativa y contractual, confirmo que fue verificada la publicación en SECOP II de los informes de supervisión ya aprobados, razón por la cual autorizo el pago por valor de cuatro millones ciento diecinueve mil setecientos setenta y nueve pesos m/cte.,(\$ 4,119,779.00).

FIRMA:

| NOMBRE | CARGO | DEPENDENCIA O CENTRO ZONAL | FIRMA |
|------------------------------|--|--|-------|
| CESAR AUGUSTO CRUZ RODRIGUEZ | COORDINADOR GRUPO INTERNO DE TRABAJO PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS | GRUPO INTERNO DE TRABAJO PROTECCIÓN ESPECIAL Y AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS | |

Revisó: Harem Capistrán

Fecha Creación
4/22/2026 7:31:13 AM

Fecha Impresión:
4/22/2026 7:31:19 AM

Corrección: 0

F1.P17.GF



| | | |
|--|------------------|----------------------|
| Proceso Gestión Financiera Certificación de Cumplimiento Informe de Obligaciones por Prestación de Servicios - Honorarios | F1.P17.GF | 05/05/2022 |
| | Versión 8 | Página 4 de 4 |

Bogota Distrito Capital, 22/04/2026

Documento de cobro No 4

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:

PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ
NIT. No. 1000018579-2

La suma de **cuatro millones ciento diecinueve mil setecientos setenta y nueve pesos M/cte. (\$4.119.779)**, por concepto de PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES IDENTIFICADOS EN TRABAJO INFANTIL Y ALTA PERMANENCIA EN CALLE, QUE CONLLEVEN A SU PROTECCIÓN INTEGRAL ARTICULANDO CON LAS FAMILIAS, LAS COMUNIDADES Y EL SISTEMA NACIONAL DE BIENESTAR FAMILIAR., del contrato N° 11009422026 del año 2026.

Consignar a la cuenta número 23307360390 del banco BANCOLOMBIA S.A. tipo de cuenta AHORRO

| Periodo de Pago Desde | Periodo de Pago Hasta |
|-----------------------|-----------------------|
| 01/04/2026 | 30/04/2026 |

NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA: 8560

| CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE: | | SI/NO |
|---|---|--------|
| 1 | Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario. | SI |
| 2 | El presente contrato corresponde a rentas de trabajo que NO provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y he optado por restar costos o gastos asociados al presente contrato. Si - Aplica retención por Honorarios/Servicios(11% o 6%, 4%) y soportar costos y gastos – contratos diferentes a Prestación de Servicios Personales No - Aplica retención tabla Art. 206 y 383 (renta exenta 25%) | NO |
| 3 | Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, \$ 69.718.600,00) | NO |
| 4 | • He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) con el sector privado o 4.000 UVT (\$ 199.196.000,00 - 2025) (\$ 209.496.000,00 - 2026) con el Estado • Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT (\$ 174.296.500,00 - 2025) (\$ 183.309.000,00 - 2026) o que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o superior a 4.000 UVT (\$ 209.496.000,00 - 2026) (\$ 199.196.000,00 - 2025) | NO |
| 5 | De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del: | 0,00 % |
| 6 | • PAGO MES ANTICIPADO 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 con la presente cuenta de cobro , en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y artículo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta) | 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 |

Cordialmente,

PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ

C.C.: 1000018579

Dirección: CL 34 B SUR 3 A 28 VILLA DE LOS ALPES

Celular: 3143713610

Correo Electrónico: paulachala01@gmail.com

No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|--------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1000018579 | PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ | | CL 34 B SUR 3 A 28 | 3618843 | paulachala01@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 73753457 | 07/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$1,750,905 | \$552.500 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 18.300 | | | | 18.300 | 0 | 0 | 18.300 | | | 183 | 18.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.100 | 0 | 0 | 35.100 | 1 | |

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

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 18.300 | 18.300 |
| CCF | 1 | 35.100 | 35.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 552.500 | 552.500 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|--------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1000018579 | PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ | | CL 34 B SUR 3 A 28 | 3618843 | paulachala01@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 73753457 | 07/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | \$1,750,905 | \$552.500 | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|----------|------------|-----------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|------------|----------|-----------|-------------------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------------|----------|-----------|------|-----------------|------------|------------|-----------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | | Cotizante | Subleigo | Extranjero | Colom. anterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VP | SN | ICE | LMA | VAC | APP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1000018579 | CHALA HERNANDEZ PAULA VALENTINA | | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-11 | 1.750.905 | 30 | 2 | 18.300 | CCF24 | 1.750.905 | 30 | 35.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA