

|                                                                                |                               |                                                  |              |                           |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|--------------|---------------------------|-------------------------|
|  |                               | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E |              | 58                        |                         |
| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                     |                               |                                                  |              | CO-OPS-FT-11 V            |                         |
| DATOS DEL INFORME                                                              |                               |                                                  |              |                           |                         |
| Período a Certificar:                                                          | Desde:                        | 01-feb.-21                                       | Hasta:       | 28-feb.-21                |                         |
| Nombre del Contratista:                                                        | CINTHYA CAROLINA CASTRO GOMEZ |                                                  | Cédula:      | 52.958.524                |                         |
| Correo Electrónico:                                                            | carolinacastro831@gmail.com   |                                                  | Teléfono(s): | 3138954254                |                         |
| Nombre del Supervisor - Planta:                                                | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA        |                                                  | Cargo:       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Código-Grado: 3543-2021 |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta:                                       | ADRIANA CASTILLO NIÑO         |                                                  | Cargo:       | PROFESIONAL DE APOYO      | Código-Grado: 3742-2021 |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:                                  |                               |                                                  | Perfil:      |                           |                         |
| DATOS DEL CONTRATO                                                             |                               |                                                  |              |                           |                         |
| NO CONTRATO:                                                                   | 003656                        | Año Contrato:                                    | 2021         | C.D.P. CONTRATO INICIAL:  | 147                     |
| PERFIL:                                                                        | AUXILIAR ADMINISTRATIVO       |                                                  |              |                           |                         |
| DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:                                                  | FINANCIERO                    |                                                  |              |                           |                         |
| UNIDAD DE SERVICIOS:                                                           | MEISSEN                       |                                                  |              |                           |                         |

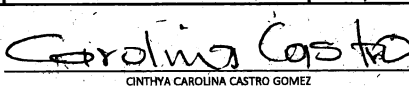
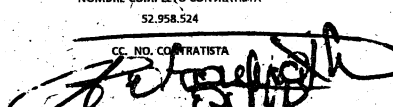
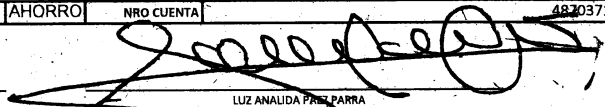
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS                                                           |                |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------|--------------|---------------------------------|
| SERVICIOS                                                                          | UNIDAD         | CENTRO DE COSTOS                                           | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL        | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                                                          | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                             | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                         | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI PEDIATRICA                                                                     | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI NEONATAL                                                                       | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI ADULTOS                                                                        | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                          | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| CONVENIO APH                                                                       | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| SIRC                                                                               | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| RURALIDAD                                                                          | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| GESTION DEL RIESGO                                                                 | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                  | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| HONORARIOS                                                                         | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              |                                 |
| REMUNERACION                                                                       | Mostrar        |                                                            |                     |                        |            |              | 1.750.074                       |
| FACTURACION                                                                        | ADMINISTRATIVA | R23SA                                                      |                     |                        |            | \$ 1.750.074 | 100,00%                         |
|                                                                                    |                |                                                            |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |                |                                                            |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                       | \$ 1.750.074   | UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y CUATRO PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

| EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                   |             |               |     |                                    |                     |               |  |
|-------------------------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|-----|------------------------------------|---------------------|---------------|--|
| FECHA INICIO CONTRATO               |              | 1/2/2021          |             |               |     | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                     | 31/5/2021     |  |
| No. PRORROGA                        | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | COP | N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 1                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 2                                  | FEBRERO             | \$ 1.750.074  |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 3                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 4                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 5                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 6                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 7                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 8                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 9                                  |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 10                                 |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 11                                 |                     |               |  |
|                                     |              |                   |             |               |     | 12                                 |                     |               |  |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 7.000.296               | \$ 7.000.296             | \$ 1.750.074     | \$ 5.250.222       |

| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                   |                                                   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                        | PRODUCTO O EVIDENCIA                              |  |
| 1. Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la Institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp, comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna                                                                                                                                                          | CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LÍNEA DE PAGO                      | ADMISION                                          |  |
| 2. Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ASIGNACION DE CAMAS A DIARIO Y ACTUALIZANDO EL CENSO                                                                              | CENSO                                             |  |
| 3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el trámite pendiente                                                                                                            | SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO                     | FORMATO                                           |  |
| 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología, intervencionista, cardiología) realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para trámite de paz y salvo, generación de factura, recaudo de dinero, elaboración de pagares por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería                                            | HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y/O PAGARES CUANDO DE LUGAR | FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y PAGARE |  |
| 5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las 24 horas a la anulación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO Y TRAMITE DE ANULACION CUANDO SE REQUIERA, CON REEMPLAZO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO                | FACTURA Y FORMATO DE ANULACION                    |  |
| 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales. En caso de retiro de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demás que sean asignadas por el líder del área | ENTREGA DE PARAFISCALES                                                                                                           | PARAFISCALES                                      |  |

# INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     | FECHA DE PAGO                         |     |                                                                                                                                                                     | NUMERO DE PLANILLA                                                  | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MES | AÑO                                   | MES | DIA                                                                                                                                                                 | 9415441661                                                          |                                            | 1.704.478                                                                                   |
| 2021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1   | 2021                                  | 02  | 17                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                            |                                                                                             |
| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |                                       |     |                                                                                                                                                                     | UN MILLON SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS |                                            |                                                                                             |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL |     |                                                                                                                                                                     | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN                                          | VALOR MINIMO DE LOS APORTES                | VALOR APORTADO<br>(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un \$MLMV |
| PENSIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | NO  | PORVENIR                              |     |                                                                                                                                                                     | \$ 908.526                                                          | \$ 145.400                                 | \$ 145.400                                                                                  |
| SALUD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | FAMISANAR                             |     |                                                                                                                                                                     |                                                                     | \$ 113.600                                 | \$ 113.600                                                                                  |
| ARL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3   | SURA                                  |     |                                                                                                                                                                     |                                                                     | \$ 22.100                                  | \$ 22.200                                                                                   |
| CAJA DE COMPENSACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI  | COMPENSAR                             |     |                                                                                                                                                                     |                                                                     | \$ 281.100                                 | \$ 281.200                                                                                  |
| INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |                                       |     |                                                                                                                                                                     |                                                                     |                                            |                                                                                             |
| ENTIDAD BANCARIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | DAVIVIENDA                            |     | TIPO CUENTA                                                                                                                                                         | AHORRO                                                              | NRO CUENTA                                 | 4870371236                                                                                  |
| <br>CINTHYA CAROLINA CASTRO GOMEZ<br>NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA<br>52.958.524<br>CC. NO. CONTRATISTA<br><br>ADRIANA CASTILLO NIÑO<br>NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN<br>PROFESIONAL DE APOYO |     |                                       |     | <br>LUZ ANALIDA PEREZ PARRA<br>NOMBRE DEL SUPERVISOR<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO |                                                                     |                                            |                                                                                             |

2021-02-12

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                    |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad/Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 52958524                   |    | CASTRO GOMEZ CINTHYA CAROLINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 18C 64A 65 sur | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5655555  | SI                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |   |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|---|-----------|
| Periodo                           | Salud   | Clave    | Planilla   | Planilla | Fecha      | Pago       | Valor              |   |           |
| 2021-01                           | 2021-01 | 61349774 | 9415441661 |          | 2021/02/05 | 2021/02/17 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | \$299,400 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES |                |         |        |      |         |        |        |      |       |
|----------------------------------|----------------|---------|--------|------|---------|--------|--------|------|-------|
| EMPLEADO                         |                |         |        |      | PENSION |        |        |      |       |
| No.                              | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC     | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

| SALUD |                |         |        |      | CCF |        |        |      |       |
|-------|----------------|---------|--------|------|-----|--------|--------|------|-------|
| No.   | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días | Valor |

| RIESGOS |                |         |        |      | PARAFISCALES |        |        |      |       |
|---------|----------------|---------|--------|------|--------------|--------|--------|------|-------|
| No.     | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC          | Aporte | Código | Días | Valor |

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                               |                 |                    |                    |                     |          |                      |  |
|-------------------------------|----|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|----------|----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                  | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e CBF |  |
| CC 53958724                   |    | CASTRO GOMEZ CINTHYA CAROLINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 16C 64A 65 sur | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5355555  | SI                   |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |       |          |            |      |            |            |                    |          |           |
|-----------------------------------|-------|----------|------------|------|------------|------------|--------------------|----------|-----------|
| Periodo                           | Salud | Clave    | Planilla   | Tipo | Fecha      | Pago       | Planilla           | Planilla | Valor     |
| 2021-01                           |       | 61349774 | 9415441661 | 1    | 2021/02/05 | 2021/02/17 | BANCO DE OCCIDENTE |          | \$299,400 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$145,400        | \$0            | \$0                    | \$145,400        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$145,400        | \$0            | \$0                    | \$145,400        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$22,200         | \$0            | \$0                    | \$22,200         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$22,200         | \$0            | \$0                    | \$22,200         |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$18,200         | \$0            | \$0                    | \$18,200         |  |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$18,200         | \$0            | \$0                    | \$18,200         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$113,600        | \$0            | \$0                    | \$113,600        |  |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$113,600        | \$0            | \$0                    | \$113,600        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$299,400</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$299,400</b> |  |