Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARIA MONICA TORRES GONZALEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.103.109.034				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1140 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 37.614.720	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 166.701.600		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**15.387.840**
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13372	**Nº CDP:**	146
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SBE HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	$	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	$	**PRORROGAS**	$	
VALOR ADICIONADO	14.703.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21074	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	16.242.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23984	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	22.739.808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28795	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	16.413.696	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32189	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	58.986.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36137	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	
Nº DE PÓLIZA:	NA		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		NA

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realice las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de la especialidad de neurocirugía: Estudiar, diagnosticar y tratar patologías neuroquirúrgicas del cerebro y la columna vertebral, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica procurarán el mejoramiento de la salud del paciente.
2	Brindó una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditacion.
3	Prestó sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Informó al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, y resolvió inquietudes relacionadas con el proceso de atención.
5	Diligencio los registros de las atenciones, procedimientos, ordenados o inter relaciones, que permita mantener actualizados los informes asistenciales asumidos por la institución vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.
6	Respetó los derechos del paciente, cumplió el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se prestó la atención
7	Realizó el seguimiento y control a pacientes en los que participó e impartió instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados.
9	Emitó conceptos médicos que se le requirieron, realizó resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que se solicitaron.
10	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.
11	Garantizó la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos.
12	Utilice de manera adecuada los equipos, elementos e instalaciones y los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos.

13	Reportó al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	El contratista veló por las seguridad de los equipos que se encuentran bajo custodia del servicio.
15	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
16	Participó activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
17	Participó en la programación de actividades del servicio.
18	Participó en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio.
19	Apoyó a la Entidad en las actividades que se realizaron según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
20	Participó en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presentaron en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9475237370**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURAMERICANA DE SERVICIOS DE**	**8/10/2024**	**$ 1.250.900**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**8/10/2024**	**$ 1.701.400**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**8/10/2024**	**$ 243.800**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 3.196.100**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

MARIA MONICA TORRES GONZALEZ
1.103.109.034
3015018186
MONI_TORRES8@HOTMAIL.COM

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA MONICA TORRES GONZALEZ	**CC:**	1103109034
		RUT (NIT):	NA
CORREO ELECTRÓNICO:	MONI_TORRES8@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3015018186
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 91 17 50 AP 101	**CIUDAD:**	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		( )	
SI tomaré costos y deducciones		(X)	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI (X)	NO ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	[redacted]				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	[redacted]

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1140 2024**	**Nº CDP:**	**146**	**Nº. RP:**	**13372**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DIEZ (10) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		[redacted]
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**15.387.840**
	[redacted]					

MARIA MONICA TORRES GONZALEZ
1103109034
3015018186

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-078** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA MONICA TORRES GONZALEZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.103.109.034**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CIRUJANO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1140 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 37.614.720				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 166.701.600	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 15.387.840**		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(10 de10)	**Nº CRP INICIAL:**	13372	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	146
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475237370	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	5	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				5	5
VALOR ADICIONADO	$ 14.703.936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	935	**RP DE LA ADICIÓN:**	21074	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.242.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1260	**RP DE LA ADICIÓN:**	23984	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 22.739.808	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1631	**RP DE LA ADICIÓN:**	28795	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.413.696	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2204	**RP DE LA ADICIÓN:**	32189	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 58.986.720	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2622	**RP DE LA ADICIÓN:**	36137	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		NA	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL 31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA REFERENTE:** **SAUL ARDILA DURAN** **PERFIL: MEDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**

180

Espacio para
Logo Corporativo

MARIA MONICA TORRES GONZALEZ
NIT 1.103.109.034-
CR A 43 B # 90 141
Tel: (035) 301501186
Barranquilla - Colombia
moni_torres8@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 64

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE		
NIT	900.959.051-7	**Teléfono**	(601) 3444484 - Ext. 000
Dirección	DG 34 # 3 - 14	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	09/10/2024, 16:00
Expedición	09/10/2024, 16:00
Vencimiento	09/10/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE	1.00	15,387,840.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Quince millones trescientos ochenta y siete mil ochocientos cuarenta pesos m/cte

Total Bruto	15,387,840.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	15,387,840.00

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 15,387,840.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764081256423 aprobado en 20241009 prefijo FE desde el número 64 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 7 X 1000
CUFE: fcc1b696213596a2c1af9baef78ce2a3892d39512c09228d03dec2b315f441447eddeb42a3da3b2f7180d1a792763229

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1103109034		TORRES GONZALEZ MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 43b n 90-141	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3015018186	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	970678829	9475237370	I	2024/10/08	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	1	$3,196,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0
1	CC 1103109034	TORRES MARIA	230301	30	$10,000,000	$1,700,000	EPS010	30	$10,000,000	$1,250,000		0	$0	$0	14-11	30	$10,000,000	$243,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$10,000,000	$1,700,000			$10,000,000	$1,250,000			$0	$0			$10,000,000	$243,600		$0	$0

2024/10/09 01:19 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1103109034		TORRES GONZALEZ MARIA MONICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 43b n 90-141	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3015018186	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	970678829	9475237370	I	2024/10/08	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	1	$3,196,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,700,000	$1,400	$0	$1,701,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,700,000	$1,400	$0	$1,701,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,600	$200	$0	$243,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$243,600	$200	$0	$243,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,250,000	$900	$0	$1,250,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,250,000	$900	$0	$1,250,900
TOTAL				1	$3,193,600	$2,500	$0	$3,196,100