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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ**	**CC:**	51795932
		RUT (NIT):	51795932
CORREO ELECTRÓNICO:	referenciaservicio@subred.centrooriente.gov.co	**TELEFONO:**	3006711437
DIRECCION DOMICILIO:	CARRERA 24 N 27- A 10	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomare costos y deducciones	( )

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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	452970035294

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 2952 2024	**Nº CDP**	3374	**Nº. CRP**	43268	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 44.779.500**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 4.975.500 CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS pesos mcte					

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
C.C 51795932
cel: 3006711437

Secretaría de Salud Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 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 CAROLINA PINILLA JIMENEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				51.795.932			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS - 2952 -2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	9.951.060	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	44.779.500		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$	4.975.500
N° DE INFORME:	NUEVE		N° CRP:	3374	N° CDP:	43268	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE MESES						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ESC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	CRP DE LA ADICION:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	CRP DE LA ADICION:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	CRP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	CRP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	CRP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	CRP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	CRP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
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:	
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	NA
N° DE POLIZA:	NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA POLIZA	NA		FECHA DE APROBACION:		NA

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se da cumplimiento de operación de los componentes del sistema unico de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información
2	Se participa en el diseño de estrategias para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditacion.
3	Diseño e implementación de actividades para el equipo de asignación de citas, dando respuesta a los objetivos propuestos

4	Diseño y ejecución de programas y proyectos que contribuyan en la implementación de actividades que permitan un mejor acceso a los servicios de salud a los usuarios
5	Se establecen cronograma de capacitaciones con el equipo de trabajo
6	Contribuir con actividades que mejoren la medición de la satisfacción del usuario control y percepción social con eficacia y oportunidad
7	Contribuir con acciones que apunten a la disminución de peticiones , dando cumplimiento a los criterios de calidad: Oportunidad, claridad, coherencia y calidez
8	Se realiza seguimiento diario y permanente al proceso de asignación de citas , implementando estrategias que mejoren la respiesta a los usuarios
9	Contribuir con las acciones que den respuesta al proceso de asignacion de citas
10	Diseño de instrumentos de medición que permitan establecer el conocimiento y la habilidad en el proceso de asignación de citas
11	Contruccion de diagnostico inicial e implementacion de actividades que mejoren el proceso de asignacion de citas, en los canales establecidos
12	Diseño de estrategias e implementación de atividades que mejoren el proceso de Servicio a la Ciudadanía , relizando seguimiento permanente al desarrollo de las actividades
13	Asistencia a capacitaciones convocadas por EAPB privadas y Capital Salud
14	Asistencia reuniones programadas con equipo de trabajo Servicio a la Ciudadanía
15	Elaboración de informes mensuales y trimestrales de las actividades desarrolladas en el proceso de Servicio a la Ciudadanía , con los reportes generados desde los aplicativos
16	Se Garantiza la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales
17	Se cumple con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los Centros de Salud y Hospitales que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
18	Se portan visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal
19	se cumplen con las obligaciones asignadas
20	

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	71089167	OPERADOR:	SOI

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	$ 249.000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/10/2024	$ 318,800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	9/10/2024	$ 48,600
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 616.400

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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, otr)
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 ocasion 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 periodo correspondiente

MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:51795932
CEL:3006711437

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	51.795.932

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO TRABAJADOR SOCIAL PARADESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS - 2952-2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$		9.951.000,00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.779.500,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.975.500,00		
N° PAGO / N° DE INFORME:	9 DE 9	N° CRP INICIAL:	285	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	16853
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(N°7940891676)	OPERADOR:	SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ -Jefe de Oficina de Participacion Comunitaria y Servicio al Ciudadano		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION 7	PRORROGA7
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	978	RP DE LA ADICIÓN:	22994	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1397	RP DE LA ADICIÓN:	25653	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1765	RP DE LA ADICIÓN:	30153	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2228	RP DE LA ADICIÓN:	33982	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2639	RP DE LA ADICIÓN:	37861	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3088	RP DE LA ADICIÓN:	40971	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3374	RP DE LA ADICIÓN:	43268	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	ADICIÓN:		ADICIÓN:		PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	ADICIÓN:		ADICIÓN:		PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	NA
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	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 (DIA/MES/AÑO) AL (DIA/MES/AÑO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DRA. SHIRLEY JANNETH TORRES RODRIGUEZ CARGO: Jefe de Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: Técnico ADMINISTRATIVO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	51795932
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ
CIUDAD Y MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CARRERA 7C NO 146 61 APTO 203	TELEFONO	5726436
TIPO APORTANTE	01-NO DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	1-NO DEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	Aportantes independientes y facultativos de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA	79405316	TIPO DE PLANILLA	I-NO DEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACION SALUD	MES septiembre AÑO 2024
DIAS DE MORA	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2024/10/04	NUMERO AUTORIZACIÓN	97051760

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP				MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 318.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0			$ 318.500	$ 300		$ 318.800
SUBTOTALES:												**$ 318.500**	**$ 300**		**$ 318.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 248.800	$ 0	$ 200	$ 0	$ 248.800	$ 200	$ 0	$ 249.000
SUBTOTALES:													**$ 248.800**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 249.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDADES		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
16-11	16-11-ARL SURA	1		$ 0		$ 0	$ 44.900	$ 44.900	$ 100	$ 0	$ 45.000
SUBTOTALES				$ 0		$ 0		**$ 44.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 45.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES				
																						PENSIÓN									SALUD						ARP						CCF	SENA	ICBF	ESAP	ESAP
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	ADMINISTRADORA	DÍAS COTIZADOS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS MES ANTERIOR	APORTES VOLUNTARIOS PAGO ANTICIPADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMINISTRADORA	DÍAS COTIZADOS	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMINISTRADORA	DÍAS COTIZADOS	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMINISTRADORA	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	51795932	PINILLA JIMENEZ MARIA CAROLINA	DEPENDIENTE		$ 1.300.000		NO																230301-PORVENIR	30	$ 318.500		$ 0	$ 0			NO-IGE	$ 318.500	EPS008-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 0		14-ARL SURA	30	$ 1.300.000		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 616.400