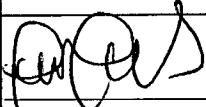
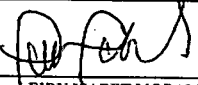
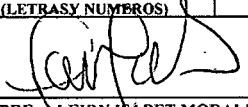


 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
LEIDY ISABET MORALES SERRATO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.070.611.790
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5195 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.970.808	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP: 44721 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN: 4053
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 4120
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN: 46
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
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)		
ITEM		
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS DEL INFORME MENSUAL (PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN), ACORDE AL CONVENIO ESTABLECIDO PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN PROGRAMÁTICO PRESUPUESTAL, VS TALENTO HUMANO DEL MODELO MAS BIENESTAR, VERIFICACIÓN DEL	
2	VERIFICAR CRONOGRAMAS DEL TALENTO HUMANO , CON EL CORRESPONDIENTE AJUSTE DE SUS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES, ASÍ COMO CONTRASTAR CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES. CONSOLIDACIÓN DE CRONOGRAMAS.	
3	SEGUIMIENTO SEMANAL Y ACTUALIZACIÓN DE TABLERO DE CONTROL DE PRODUCTIVIDAD Y PRECRITICA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO ASIGNADO.	
4	PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN VULNERABLE	
5	DIRECCIONAMIENTO TECNICO AL EQUIPO DE PROFESIONALES ASIGNADOS EN EL ACCIONAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE LAS ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MODELO; DE LA MISMA FORMA REALIZAR APROPIACIÓN DE MANUALES OPERATIVOS Y FICHAS TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO.	
6	REALIZAR DOCUMENTACIÓN, FUNDACIÓN DE CARGOS Y DEL CRONGRAMA DE DATOS Y SEGUIMIENTO QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESPUESTAS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES CON LOS DATOS GENERADOS DESDE LAS BASES DE DATOS QUE PERMITEN APORTAR A LA TOMA DE DECISIONES ANÁLISIS DE LOS INDICADORES Y RESULTADOS DEL MODELO.	
7	REALIZAR PRECRÍTICA A LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD EN EL EVIO DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.	
8	PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESPACIOS CONVOCADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL PARA FORTALECIMIENTO Y LÍNEA TÉCNICA QUE APORTEN AL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN DEL MODELO.	
9	REALIZAR GESTIÓN DOCUMENTAL A LOS SOPORTES DE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PROCESO Y ESTA LLEVARLA A CABO ACORDE A LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL.	
10	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES, CONSOLIDAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9480258011	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	ALIANSA SALUD	13/01/2025
PENSIÓN:	PROTECCION	13/01/2025
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/01/2025
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 647.200
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 periodo correspondiente		
 LEIDY ISABET MORALES SERRATO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.070.611.790 CEL: 3008176603		

		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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY ISABET MORALES SERRATO			CC:	1.070.611.790
CORREO ELECTRÓNICO:	isabell-204@hotmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 93D 67			TELÉFONO:	3008176603
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré 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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.					
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:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					0389338377
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5195 2024	N° CDP:	3662	N°CRP:	44721
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
				\$ 18.995.452	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.228.106				
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: LEIDY ISABET MORALES SERRATO CC 1.070.611.790 CEL 3008176603					

 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY ISABET MORALES SERRATO	CC:	1.070.611.790
CORREO ELECTRÓNICO:	isabell-204@hotmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 93D 67	TELÉFONO:	3008176603
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré 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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	0389338377
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	P5 5195 2024	Nº CDP:	46
		Nº CRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
24/10/2024		9/02/2025	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :		\$ 18.995.452	
PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/01/2025 AL 31/01/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS) \$ 5.228.106			
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE			
 NOMBRE: LEIDY ISABET MORALES SERRATO CC 1.070.611.790 CEL 3008176603			

		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-1A-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			LEIDY ISABET MORALES SERRATO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.070.611.790		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5195 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 18.995.452		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 44721 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9480258011		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (3)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (3) PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		TIEMPO NUEVE (9) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		TIEMPO UN (1) MES	
				TIEMPO UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				ACTO ADMINISTRATIVO DE	
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 01/01/2025 AL 31/01/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070611790		MORALES SERRATO LEIDY ISABET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6A 93D 67	BOGOTA-BOGOTÁ D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Penstón	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1191110278	9480258011	I	2025/01/23	2025/01/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$647,200

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes						
No.	Identificación	Nombre	Ingre	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	arp	vrt	lrl	ylp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias		IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000			\$0	\$0			\$647,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000			\$0	\$0			\$647,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000			\$0	\$0			\$647,200
1	CC	1070611790																	230201	30	\$2,091,271	\$334,700	EP5001	30	\$2,091,271	\$261,500	0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,091,271	2.436%	\$51,000	0	\$0	\$0	No	\$647,200				
Total Afiliados(1)																							\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000			\$0	\$0			\$647,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070611790		MORALES SERRATO LEIDY ISABET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6A 93D 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1191110278	9480258011	I	2025/01/23	2025/01/13	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$647,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
TOTAL				1	\$647,200	\$0	\$0	\$647,200

