

 <div>Servicio de Salud Subred Integrada en Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	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		
ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.126.804
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 5341 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.460.374
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP: 44653 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	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	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:	
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	ASIGNACIÓN DE INSUMOS BIOMÉDICOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
2	ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE RUTAS PARA LAS LOCALIDADES Y COMPONENTES EBEH	
3	CONTROL Y ASIGNACIÓN DE INSUMOS PARA REVISIÓN BIOMÉDICA	
4	RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS POR PARTE DE EAC Y ENTORNO HOGAR	
5	RECEPCIÓN Y ENTREGA CONSOLIDADA DE CUENTAS DE COBRO	
6	APOYO EN HOJAS DE VIDA PARA CONTRATACIÓN	
7	ALISTAMIENTO DE INSUMOS Y LOGISTICA DE RUTAS PARA JORNADAS PROGRAMADAS POR SDS	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	82780777	OPERADOR: M/ PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	02/01/2025 \$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	02/01/2025 \$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	02/01/2025 \$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	02/01/2025 \$ 7.800
TOTAL PAGADO		\$ 410.000
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		
9-1 ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.126.804 CEL: 3002230155		

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-014	
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		VERSIÓN: 6	
Centro Oriente E.S.E.				FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ			CC:	52.126.804
CORREO ELECTRÓNICO:	anyelarobles@gmail.com			RUT (NIT):	3002230155
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57 A SUR 93 C 51 IN 3 CS 9			TELÉFONO:	3002230155
				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	Nº CUENTA:	0390349454
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	P5 5341 2024	Nº CDP:	3662	NºCRP:	44653
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
					TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
					VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 8.939.359
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.460.374				
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
NOMBRE: ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ					
CC	52.126.804				
CEL	3002230155				

 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ			CC:	52.126.804
CORREO ELECTRÓNICO:	anyelarobles@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 57 A SUR 93 C 51 IN 3 CS 9			TELÉFONO:	3002230155
				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	Nº CUENTA:	0390349454
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	P5 5341 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	
				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 :	
				\$ 8.939.359	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.460.374				
DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> NOMBRE: ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ CC 52.126.804 CEL 3002230155 </div> </div>					

		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			ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.126.804		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 5341 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.460.374
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44653	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:	82780777	OPERADOR:	MI PLANILLA		
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):		ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49599
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50710
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	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 MÁS BIENESTAR			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52126804	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		CL 57A SUR 93 C 51 INT 3 CASA 9	3002230155	anyelarobles@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82780777	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$410.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisaner EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos		800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	7.800	0
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						0	7.800
							No. Afiliados
							1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	7.800	7.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	410.000	410.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52126804	ANYELA ROCIO ROBLES RUIZ		CL 57A SUR 93 C 51 INT 3 CASA 9	3002230155	anyelarobles@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	02/01/2025	82780777	\$410.000

VALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
No. de identificación	Apellidos y Nombres			Cotización	Salud	Excepciones	Cobros, retiro	Excepciones	INOC	RENT	TYPE	TAE	TDN	TDN	REP	REP	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN	SEN

PAGADA