

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

PROCESO GESTION FINANCIERA

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

Versión: 12

FOR-A09.2026-002

2025-01-31

TIPO DE CERTIFICACION:

PARCIAL

 CESION:

NO

 FEI:

NO

 SGR:

NO

1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO

No. NIT o CÉDULA:

9.693.574

CONTRATISTA:

MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA

CELULAR

3123749710

FECHA INICIO:

7/02/2025

FECHA FINAL:

30/11/2025

CONTRATO No.:

INS-CPS-188-2025

VALOR HONORARIOS:

\$3.960.000

PAGO NUMERO:

1

DE

10

REGISTRO PRESUPUESTAL:

26625

2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TIPO CONTRATO:

PROFESIONAL

DECLARA RENTA:

NO

PENSIONADO:

NO

ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS

SI

RESPONSABLE DE IVA

NO

INGRESOS HONORARIOS :

\$2.904.000

IVA 19%

INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO:

TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO:

\$2.904.000

POR DIAS

SI

CANTIDAD DE DIAS

22

HONORARIOS

\$2.904.000,00

FACTURA:FECHA:

3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL

TOTAL (IBC):

\$1.584.000

PENSION 16% (valor aporte):

\$185.900

SALUD 12,5% (valor aporte):

\$145.200

ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte):

\$28.300

TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.:

\$359.400

ENTIDAD PROMOTORA

Protección

Compensar Entidad Promotora de Salud

Positiva Compañía de Seguros

PAGO PLANILLA ANTICIPADO

PLANILLA DE PAGO No.

84397050

FECHA

24/02/2025

PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica)

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)

NO

4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)

NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: limite max. Mensual 100 uvt 4.979.900, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: limite max. Mensual 16 uvt 796.784, correspondiente al año inmediatamente anterior.		1	-
c. DEPENDIENTE: limite max. Mensual 32 uvt 1.593.568 correspondiente al mes pagado	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/189.236.200			-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 189.236.200			-
DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	\$	-

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 2.572.900	0,766%	\$ 19.708
RETEFUENTE	\$ 1.908.450	38,32	\$ -
RETEIVA			0
TOTAL IMPUESTO		\$	19.708,41
TOTAL A PAGAR		\$	2.884.291,59

RETEFUENTE VOLUNTARIA		
-----------------------	--	--

5. FIRMAS

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

FIRMA CONTRATISTA

El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplio a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Aura M. Urrego P.

Nombre supervisor

AURA MILENA URREGO

Cargo

COORDINADORA GRUPO

Dependencia

ODUCCIÓN REAC.DIAG. IN VIT

Nombre supervisor

Cargo

Dependencia

6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION

Radicado No:

Fecha radicado No:

Obligación No:

Fecha Radicación (SIIF):

1 de 1

FORMATO FOR-A09.2026-002

(1) Contrato No.	INS-CPS-188-2025		
(2) Nombre del Contratista:	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA		
(3) Cargo del supervisor:	COORDINADORA GRUPO DE PRODUCCIÓN DE REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO		
(4) Interventoría si ☐ no ☒ Nombre:	NA		
(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)	urrego@ins.gov.co		
(6) Objeto del contrato:	Prestar servicios profesionales encaminados en la gestión y oportuno desarrollo de los procesos de fabricación y control de los mismos relacionados con la fabricación de medios de cultivo en el Grupo de Producción de reactivos de Diagnóstico In Vitro cumpliendo lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) y las normas aplicables vigentes.		
(7) Fecha de inicio:	07 DE FEBRERO 2025	(8) Fecha terminación:	30 DE NOVIEMBRE 2025
(9) Período objeto del informe:	FEBRERO 2025		

(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO

Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Brindar apoyo profesional para la planeación y programación semanal de fabricación de medios de cultivo, conforme a demanda de clientes internos y externos, generando y revisando los formatos correspondientes a las diferentes etapas productivas conforme a los descrito en la documentación vigente	Se realiza lectura de los instructivos y procedimiento del Grupo de Producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro.	Formato de Inducción y Entrenamiento FOR-R04.6020-013	N.A
2. Desarrollar actividades operativas y de verificación, en todas las etapas del proceso productivo de medios de cultivo, realizando la trazabilidad por medio del registro y documentación de las desviaciones presentadas, así como brindar apoyo técnico y asistencialmente cuando el proceso productivo lo requiera.	Se realiza lectura de los instructivos y procedimiento del Grupo de Producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro.	Formato de Inducción y Entrenamiento FOR-R04.6020-013	N.A
3. Llevar a cabo verificación de los registros de apoyo generados en el área conforme a las Buenas Prácticas de Documentación, garantizando la vigencia de la documentación conforme	Esta actividad no se ha llevado a cabo dado que las áreas se encuentran en adecuaciones de infraestructura.	N.A	N.A

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 2 de 4

a lo administrado ante el Sistema Integrado de Gestión.N.A			
4. Brindar apoyo profesional operativo y administrativo para la implementación y estandarización de metodologías que permitan el fortalecimiento técnico del proceso productivo de medios de cultivo	Se inicia la creación del documento relacionado con la Recepción, manejo y almacenamiento de materias primas del grupo de producción de Reactivos de Diagnóstico In Vitro, junto con los formatos que se requieren en el proceso.	Documentos y formatos digitales.	N.A
5. Brindar apoyo en las diferentes actividades a desarrollar con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos encaminados a la obtención de la certificación técnico-sanitaria ante el INVIMA	Se apoya en la creación de documentación y modificación de bases de datos del área.	Documentación digital y bases de datos.	N.A
6. Mantener y garantizar el efectivo cumplimiento con lo descrito en el manual de bioseguridad vigente y seguir los lineamientos institucionales para la gestión integral de residuos, así como, el uso de los Elementos de Protección Personal - EPP, acorde con las actividades que se realizan.	Se realiza lectura del manual de Bioseguridad del INS	Formato de Inducción y Entrenamiento FOR-R04.6020-013	N.A
7. Participar en las actividades del Programa de Aseguramiento de la Calidad acorde a solicitud.	No ha sido requerido por el supervisor	NA	N.A
8. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.	No ha sido requerido por el supervisor	NA	N.A

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	Versión: 03
			2023-11-17
		FOR-A02.0000-037	Página 4 de 4

2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.
4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.
5. **Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.**
6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

(12) OBSERVACIONES:

NINGUNA

(13) En constancia, firmo:

Aura M. Urrego P.

AURA MILENA URREGO ROLDÁN

NOMBRE Y FIRMA Supervisor (es)/Interventor (es)

(14) Lugar y Fecha: Bogotá, D. C. 28 FEBRERO 2025

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS	INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN	Versión: 03
		FOR-A02.0000-029	2022-08-19
			Página 1 de 1

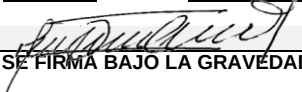
NUMERO DE CONTRATO	INS-CPS-188-2025	NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios profesionales encaminados en la gestión y oportuno desarrollo de los procesos de fabricación y control de los mismos relacionados con la fabricación de medios de cultivo en el Grupo de Producción de reactivos de Diagnóstico In Vitro cumpliendo lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión (SIG) y las normas aplicables vigentes.			
PERIODO DEL INFORME	DESDE:	2025-02-07	HASTA:	2025-02-28

DESCRIPCIÓN DEL AVANCE

Se realiza la lectura de todos los instructivos y procedimientos del Grupo de Producción de Reactivos y Diagnostico In Vitro conforme a la inducción pertinente, informando al coordinador del grupo las observaciones que se encontraron en cada uno de ellos; se está elaborando Instructivo para la Recepción, almacenamiento y manejo de materias primas y los formatos que se requieren para el control de los mismos en el área.

Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

 <div>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</div>	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA	CERTIFICADO DE INGRESOS	Versión: 20	
		FOR-A09.0000-013	2025-01-31	
DECLARACION JURAMENTADA				
Yo, Mauricio Domingo Caviedes Orjuela , identificado con Cédula de Ciudadanía				
No. 9.693.574 de Aguachica , me permito declarar que mi vinculo actual con el Instituto Nacional de Salud es				
mediante: Contrato de Prestación de Servicios , con contrato número INS-CPS-188-2025				
CERTIFICO QUE:				
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)		NO		
Cumpló con uno o varios requisitos relacionados a continuación:		NO SOY DECLARANTE DE RENTA		
* Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 65.891.000 A 31 de diciembre de 2024.				
* Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 211.793.000				
* Los consumos mediante tarjeta de crédito durante el año gravable excedieron la suma de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.				
* El total de compras y consumos durante el año gravable superaron 1.400 UVT o \$ 65.891.000 y/o las consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, durante el año gravable excedieron de 1.400 UVT o \$ 65.891.000.				
INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:				
De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:				
* Durante la vigencia 2024 pague intereses o tuve corrección Monetaria en Créditos de Vivienda (adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2024). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022		NO		
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T. (adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)		NO		
* Durante la vigencia 2024 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T (adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)		NO		
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)		NO		
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)		NO		
* Cumpló con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Artículo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: (marque con una x según corresponda)				
☐	° Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).			
☐	° Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadanía y registro civil de nacimiento)			
☐	° Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).			
☐	° El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal (Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)			
☐	° Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal).			
Relación de Dependientes				
Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco
R.C	1019917539	Yael Sebastian Caviedes Caballero	6	HIJO
R.C	1019920968	Maria Paz Caviedes Caballero	2	HIJA
La anterior se firma el 28 del mes 2 del año 2025				
				
SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO				
Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se están reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo				
Nota 1: El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.				
Nota 2: los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.				

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	calle 14b 119a 76	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	24/02/2025	84397050	\$521,800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	198.000	0	No. Autorización	Valor			
					0	0		0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING+ Proteccion)	800229739-0	253.500	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor FSP - Cotización	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	38.600	No. Autorización	Valor	38.600	0	0	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.700	0	0	31.700	1		

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	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	198.000	198.000
Pensión	1	253.500	253.500
Riesgos Laborales	1	38.600	38.600
CCF	1	31.700	31.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	521.800	521.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	9693574	MAURICIO DOMINGO CAVIEDES ORJUELA	calle 14b 119a 76	7511845	mauriciocaviedes@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	24/02/2025	84397050	\$521,800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Colombia, extranjero	Subtipo	Colombia	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC	RC