

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-01-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON		CC:	1018446400	
CORREO ELECTRÓNICO:	SAVELASCOM@UNAL.EDU.CO		TELÉFONO:	3183868537	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 43 22A 24		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	613782130

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1640 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 19.689.060
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/01/01 AL 2026/01/31		



SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON  
PS\_1640\_2025\_3B2FE7

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON  
CC: 1018446400  
CEL: 3183868537

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON**

**CON C.C N°** **1.018.446.400**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 1640 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>2025/01/01</b>
--	---------------------	------------------------------	-------------------

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 84.933.200	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	<b>204</b>
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 273.233.965	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 19.689.060
---	----------------	--	---------------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRECE (13) MESES
--	------------------

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	HOSPITAL SANTA CLARA
--	----------------------

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	--------------------------------

<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <b>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</b>
-------------	---

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

**III. 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 (2026-01-01) AL (2026-01-31)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 92315515	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/01/05	\$ 987.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/01/05	\$ 1.343.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/01/05	\$ 192.500
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 2.523.000</b>

**V. 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

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**



*SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON*  
*PS\_1640\_2025\_3B2FE7*

**SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON**  
**CC: 1018446400**

**FIRMA DE QUIEN VALIDA**



*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS*  
*PS\_1640\_2025\_3B2FE7*

**DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS**  
**SUPERVISOR ALTERNO**



*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS*

*PS\_1640\_2025\_3B2FE7*

**JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS**  
**SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS  
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018446400	SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON		Cra 43 22 A 24 APTO 503	3183868537	savelascom@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	92315615	\$2.523.000	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	987.500	0		0		0	0	0	0	987.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.264.000	0	0	39.500	39.500	0	0		1.343.000	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	192.500				192.500	0	0	192.500			1.925	192.500	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	987.500	987.500
Pensión	1	1.343.000	1.343.000
Riesgos Laborales	1	192.500	192.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>2.523.000</b>	<b>2.523.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018446400	SERGIO ALEXANDER VELASCO MALAGON		Cra 43 22 A 24 APTO 503	3183868537	savelascom@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	05/01/2026	92315615	\$2.523.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018446400	VELASCO MALAGON SERGIO ALEXANDER	59	0			N																	230301	7.900.000	1.264.000	0	0	39.500	39.500	EPS005	7.900.000	987.500	14-11	7.900.000	3	192.500		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

**Id de pago** **Número de factura** **Fecha de emisión** **Fecha de recepción** **Valor total de la factura** **Estado**

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1. PS 1640 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1640 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2. PS 1640 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1640 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 4. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	4. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 5. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 6. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 1 PS 1640 2025 CRP-4592.pdf	1 PS 1640 2025 CRP-4592.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 2 PS 1640 2025 CRP-15215.pdf	2 PS 1640 2025 CRP-15215.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR PS 1640 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1640 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 7. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 3 PS 1640 2025 CRP-18877.pdf	3 PS 1640 2025 CRP-18877.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 8. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1640 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1640 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 9. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 10. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1640 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 11. 1640 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. 1640 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> 12. PS 1640 2025 CUENA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	12. PS 1640 2025 CUENA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Espacio para  
Logo Corporativo

**SERGIO ALEXANDER VELASCO  
MALAGON**  
NIT 1.018.446.400-4  
CL 163 72 29 CA 48  
Tel: (601) 3183868537  
Bogotá - Colombia  
jucalupe69@gmail.com



Factura electronica de venta  
**No. FVE 67**

<b>Señores</b>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>NIT</b>	900.959.051-7	<b>Teléfono</b>	(601) 3444484
<b>Dirección</b>	DIAGONAL 34 3 14	<b>Ciudad</b>	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
<b>Generación</b>	09/01/2026, 11:00
<b>Expedición</b>	09/01/2026, 11:00
<b>Vencimiento</b>	09/01/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	SERVICIOS PRESTADOS ENERO 2025 CONTRATO PS 1640 - 2025 204 HORAS	1.00	19,689,060.00

**Total ítems:** 1

**Valor en Letras:**

Diecinueve millones seiscientos ochenta y nueve mil sesenta pesos m/cte

**Forma de pago:**

Crédito

**Medio de pago:**

Pago a crédito - Cuota No. 001 vence el 2026-01-09 por \$ 19,689,060.00

**Observaciones:**

PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

<b>Total Bruto</b>	19,689,060.00
IVA 0%	0.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>19,689,060.00</b>

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

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 18764100024891 aprobado en 20251010 prefijo FVE desde el número 61 al 100 Vigencia: 6 Meses**  
Régimen simple de tributación - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa  
**CUFE:** f1b39d3e4ef3f8329f6a84dfcc4189c30c18cb3358b8d4b49890e39bf3ca1b15f095ba37cecb3833707211b08698e15a