

|                                                                                  |                                                            |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------|
| HOSPITAL MILITAR CENTRAL                                                         | FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO | CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05  |
|  | UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS             | FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024 |
|                                                                                  | MANUAL: CONTRATACIÓN                                       | VERSIÓN: 10                  |
|                                                                                  | PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES                          | PAGINA 1 DE 2                |
| SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI                                                 |                                                            |                              |

|                  |                   |                       |   |                   |    |                                                  |        |
|------------------|-------------------|-----------------------|---|-------------------|----|--------------------------------------------------|--------|
| Fecha:           | 29/7/2026         | INFORME DE SUPERVISOR | X | TRAMITE PARA PAGO | X  | MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME | jul-26 |
| No. de Contrato: | SP-SSAA-1121-2025 |                       |   | VALOR             | \$ | 29.148.000,00                                    |        |

|                                              |                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual | SP-GECO-0406-2025                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |
| Objeto                                       | PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTION PARA EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE LA ENTIDAD DESCENTRALIZADA DEL SECTOR DEFENSA. HOSPITAL MILITAR CENTRAL. |  |  |  |  |  |  |

|                       |                                    |         |            |  |  |  |  |
|-----------------------|------------------------------------|---------|------------|--|--|--|--|
| Nombre de Contratista | MICHAELL DANIEL CASTIBLANCO CHACON | NIT/ CC | 1000835403 |  |  |  |  |
|-----------------------|------------------------------------|---------|------------|--|--|--|--|

|                   |                         |                           |                         |  |  |  |  |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| Clase de Contrato | PRESTACION DE SERVICIOS | Modalidad de Contratación | PRESTACION DE SERVICIOS |  |  |  |  |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|--|--|--|--|

|                     |              |        |            |                 |         |   |           |
|---------------------|--------------|--------|------------|-----------------|---------|---|-----------|
| Cuenta Bancaria No. | 488471377694 | Banco: | DAVIVIENDA | Tipo de Cuenta: | Ahorros | X | Corriente |
|---------------------|--------------|--------|------------|-----------------|---------|---|-----------|

|                                    |                          |                                                 |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Garantía Cumplimiento (Si aplica): | Aseguradora (Si aplica): | Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica): |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

| VIGENCIA             | INFORMACIÓN PRESUPUESTAL                             |          |              |       |                                |           | No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO | FECHA FACTURA | ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO | ALMACÉN AL QUE INGRESA | VALOR OBLIGACIÓN |
|----------------------|------------------------------------------------------|----------|--------------|-------|--------------------------------|-----------|------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------|------------------|
|                      | Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No. | FECHA    | DINAMICA No. | FECHA | Registro Presupuestal (RP) No. | FECHA CRP |                                                |               |                                     |                        |                  |
| VIGENCIA AÑO (:2026) | 76326                                                | 8/1/2026 |              |       | 170426                         | 8/1/2026  | JULIO                                          | N/A           |                                     |                        | \$ 2.140.000,00  |
|                      |                                                      |          |              |       |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |          |              |       |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |          |              |       |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |          |              |       |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |
|                      |                                                      |          |              |       |                                |           |                                                |               |                                     |                        |                  |

|                             |                 |
|-----------------------------|-----------------|
| VALOR AUTORIZADO PARA PAGO: | \$ 2.140.000,00 |
|-----------------------------|-----------------|

VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS: Dos millones ciento cuarenta mil M/cte.

| VIGENCIA            | VR. CONTRATO (A) | VR. ADICION (B)  | REDUCCIONES y/o LIBERACIONES (C) | VR. EJECUTADO (D) | SALDO CONTRATO (A+B-C-D) |
|---------------------|------------------|------------------|----------------------------------|-------------------|--------------------------|
| VIGENCIA AÑO:(2025) | \$ 4.000.000,00  |                  |                                  | \$ 4.000.000,00   | \$ -                     |
| VIGENCIA AÑO:(2026) | \$ 9.344.667,00  | 10.168.000       |                                  | \$ 9.344.667,00   | \$ 10.168.000,00         |
|                     | \$ -             |                  |                                  |                   |                          |
|                     | \$ -             |                  |                                  |                   |                          |
|                     |                  |                  |                                  |                   |                          |
|                     |                  |                  |                                  |                   |                          |
|                     |                  |                  |                                  |                   |                          |
| TOTAL CONTRATO      | \$ 13.344.667,00 | \$ 10.168.000,00 | \$ -                             | \$ 13.344.667,00  | \$ 10.168.000,00         |

|                       |                                          |                        |            |
|-----------------------|------------------------------------------|------------------------|------------|
| Nombre del Supervisor | Sargento Primero JONNY JAIME ORTEGA DAZA | Fecha de notificación: | 01/11/2025 |
|-----------------------|------------------------------------------|------------------------|------------|

|                    |                 |                      |
|--------------------|-----------------|----------------------|
| Plazo de ejecución | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION |
|                    | 1/11/2025       | 30/11/2026           |

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Vigencia del Contrato: | 30 DE NOVIEMBRE 2026 |
|------------------------|----------------------|

|            |                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| Prorrogas: | En tiempo - Igual al plazo de ejecución y Nueve (09) meses más      |
|            | 1- PRORROGA A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE 2026 |
|            | 2-                                                                  |
|            | 3-                                                                  |

NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS, Pensión y Riesgos Profesionales Planilla N° 93199753- correspondiente al mes de JULIO. En mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (JULIO); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente documento dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION

NOTA 2: De acuerdo a sus actividades emitidas en el contrato de como prestador de servicios TECNOLÓGICO DE IMAGENES DIAGNOSTICAS, cumpla con sus actividades para el mes de JULIO 2026, por lo anterior se autoriza para la cancelación de sus haberes como corresponde para el mes de JULIO 2026.

NOTA: Se da inicio a la sección del contrato No. SP-SSAA-1121-2025. con fecha 01 de marzo 2026. WENDY CASTAÑEDA Cedido a MICHAELL CASTIBLANCO



NOTA 4: Se da inicio a la proroga N° 01 A PARTIR DEL 01 DE AGOSTO HASTA EL 30 DE NOVIEMBRE 2026, ADICIÓN N°01 POR UN VALOR DE \$ 10.168,000 DIEZ MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL

| REPUESTO | EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO | MARCA | NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO | PLACA DEL EQUIPO | NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN | FECHA DE INGRESO | NÚMERO DE PARTE (SI APLICA) | ESTADO (Instalado/ existencias almacén) | CANTIDAD | NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN | FECHA DE INSTALACIÓN | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | OBSERVACIONES |
|----------|--------------------------------------|-------|----------------------------|------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|----------|----------------------------------|----------------------|----------------|-------------|---------------|
|          |                                      |       |                            |                  |                              |                  |                             |                                         |          |                                  |                      |                |             |               |

NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión

| DESCRIPCION DEL EQUIPO | SERIE | PLACA | AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO | No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO | FECHA DE MANTENIMIENTO | FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO | FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO | OBSERVACIONES |
|------------------------|-------|-------|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------|
|                        |       |       |                                   |                                       |                        |                             |                            |               |
|                        |       |       |                                   |                                       |                        |                             |                            |               |
|                        |       |       |                                   |                                       |                        |                             |                            |               |
|                        |       |       |                                   |                                       |                        |                             |                            |               |
|                        |       |       |                                   |                                       |                        |                             |                            |               |

OBSERVACIONES(Si aplica observaciones en el mes a presentar).

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

| INFORMACIÓN GENERAL |                                                   |               |         |       |         |         |                       |
|---------------------|---------------------------------------------------|---------------|---------|-------|---------|---------|-----------------------|
| Entidad             | N° Planilla                                       | Fecha de pago | SALUD   |       | PENSIÓN |         | RIESGOS PROFESIONALES |
|                     |                                                   |               | Entidad | Valor | Entidad | Valor   | Entidad Valor         |
|                     |                                                   |               |         |       |         |         |                       |
| FORMATO             | INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO No. 9 |               |         |       |         | CODIGO: | VERSIÓN 10            |
|                     |                                                   |               |         |       |         | Página: | 2 DE 2                |

|                                                                              |                               |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: Sargento Primero JONNY JAIME ORTEGA DAZA |                               |
| NÚMERO DE CEDULA:                                                            | 12754144                      |
| CELULAR:                                                                     | 315 2697871                   |
|                                                                              | CORREO: jjortega@homil.gov.co |

DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:

| DOCUMENTOS                              | SI | N° FOLIOS |
|-----------------------------------------|----|-----------|
| Informe de Actividades con sus soportes |    | 1         |
| Acta de supervisión y/o Factura         |    | 1         |
| Pago de Seguridad Social                |    | 1         |



# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |                     |              |                             |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN           | TÉLEFONO     | CÓRREO                      | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 1000835403        | MICHAEL DANIEL CASTIBLANCO CHACON | Calle 1 sur # 82 42 | 3212025151   | michaeldaniel2036@gmail.com |                                     |  |  |  |
| 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 (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |  |
|                      |                                    | 93199753        | 03/07/2026                | 1                  | 0            |  |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSION                    | TIPO PLANILLA   | TOTAL NOMINA              | TOTAL A PAGAR      |              |  |
| 2026-07              | 2026-07                            | 1               | \$0                       | \$541.800          |              |  |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |         |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       |         |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 218.900                | 0             | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |         |
|               |          |             |                        |               | 0                | 0     | 0                   | 0     | 218.900 |
|               |          |             |                        |               |                  |       |                     |       | 1       |

| TOTALES PENSION |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |         |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|---------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora |         |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 280.200                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 280.200 |
|                 |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           | 1       |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |             |                        |                  |               |            |           |                        |        |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|---------------|------------|-----------|------------------------|--------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    | Aportes Otros | Valor Neto | Días Mora | Valor FSP - Cotización |        |
| 14-25                     | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 42.700                 | No. Autorización | Valor         | 42.700     | 0         | 0                      | 42.700 |
|                           |                      |             |                        |                  |               |            |           |                        | 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 |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|                      |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 541.800                             | 541.800       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |                     |                    |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------|--------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN           | TÉLEFONO           |
| CC                  | 1000835403        | MICHAEL DANIEL CASTIBLANCO CHACON | Calle 1 sur # 82-42 | 3212025151         |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO              | CIUDAD / MUNICIPIO |
| UNICA               | I - Independiente |                                   |                     | BOGOTÁ, D.C.       |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                             |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| CORREO                              | michaeldaniel2036@gmail.com |
| NO                                  |                             |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |                 |                         |                    |
|----------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS |
|                      |                                  | 93199753        | 03/07/2026              | 1                  |
| TOTAL A PAGAR        |                                  |                 |                         | \$541,800          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                  | TIPO PLANILLA   | TOTAL NOMINA            |                    |
| 2026-07              | 2026-07                          | I               | \$0                     |                    |

ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE                 |                     |           | INFORMACION NOVEDADES |             |           |    |    |    |    |    |    |    | PENSIÓN |    |    |    | SALUD |    |    |    | RIESGOS LABORALES |    |    |    | CCF |    |    |    | PARAFISCALES |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---------------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|-------------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-------------------|----|----|----|-----|----|----|----|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Tipo y<br>Número de<br>identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Exonerado             | Cob. Aporte | Exonerado | NO | SI | NO | SI | NO | NO | SI | NO      | SI | NO | SI | NO    | SI | NO | SI | NO                | SI | NO | SI | NO  | SI | NO | SI | NO           | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |