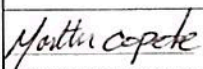
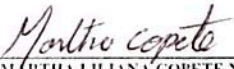
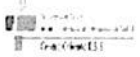


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-4-A-ET-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
MARTHA LILIANA COPELE NIÑO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				53.046.589	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1563 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 8.243.840		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 52.039.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES OCHO (8) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ACD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUZÁ - LÍDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	8	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	4.496.640	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:	21004
VALOR ADICIONADO	4.496.640	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:	23688
VALOR ADICIONADO	5.995.520	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:	29165
VALOR ADICIONADO	5.152.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:	33014
VALOR ADICIONADO	13.489.920	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	CRP DE LA ADICIÓN:	36545
VALOR ADICIONADO	714.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:	39913
VALOR ADICIONADO	7.554.816	CDP DE LA ADICIÓN:	3755	CRP DE LA ADICIÓN:	46890
VALOR ADICIONADO	1.893.888	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y SEGUIMIENTO DE USO DE LOS MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS, CON EL REGISTRO CORRESPONDIENTE				
2	SE VERIFICA E INFORMAN LAS DIFERENCIAS EN LOTES Y FECHAS DE VENCIMIENTO DE LOS INSUMOS, ASÍ COMO LOS QUE ESTÉN PRÓXIMOS A VENCER, LUEGO DE HACER SU ROTACIÓN POR CONSUMO. SE REGISTRA EL CONTROL DE TEMPERATURA Y HUMEDAD EN LOS LUGARES DE ALMACENAMIENTO DE INSUMOS. SE HACEN LAS SOLICITUDES DE LOS INSUMOS PARA MANTENER EL STOCK MÍNIMO DE LOS MISMOS. SE HACEN LAS RECEPCIONES TÉCNICAS DE LOS INSUMOS QUE SON RECIBIDOS				
3	SE GENERAN CONSOLIDAN Y ANALIZAN LOS REPORTES ASIGNADOS Y LOS INDICADORES DEL SERVICIO FARMACÉUTICO A CARGO				
4	SE REALIZA VERIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS EN APLICATIVO DINAMICA, DE CASOS, SEGÚN NECESIDADES				
5	SE REALIZO EL PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA AL 100% DE LOS PACIENTES TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DEL PACIENTE, LOS RIESGOS CLÍNICOS, DE SEGURIDAD				
6	SE REALIZO LA IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS AL 100% DE LOS PACIENTES ATENDIDOS Y SE IMPLEMENTARON LAS ACCIONES PREVENTIVAS				
7	SE REALIZO LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS AL 100% DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS INSTITUCIONAL				
8	SE REALIZO LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA ASIGNADO PARA EL SERVICIO				
9	SE REALIZO LA REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS KARDEX DE LOS PACIENTES ASIGNADOS DE ACUERDO A LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS EN LOS PROTOCOLOS DE PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA Y ENTREGA DE TURNO				
10	SE GARANTIZO EL USO ADECUADO DE LOS INSUMOS Y MEDICAMENTOS REQUERIDOS EN EL SERVICIO				
11	REALIZAR ROTACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA A CARGO GARANTIZANDO CUMPLIMIENTO DE LOS PARAMETROS				
12	CANTIDAD HORAS 240 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1563 2024				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:	52482820		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTIAN		09-12-24	237.500	
PENSIÓN:	SANTIAN		09-12-24	304.000	
RIESGOS LABORALES:	SERA		RIESGO V	3.000	
OTRO:	CCE - CAJAM			529.500	
TOTAL PAGADO					
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anterior, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el día se calculó sobre el 40% de los ingresos consolidados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, en que en ningún caso el ITC sea menor a 8 SMMLV, de ser el primer pago adjunto certificación de afiliación a cpto. del pensionado.					
3.- Que adjunto evidencia del cobro en el aplicativo scop 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)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA LILIANA COPELE NIÑO C.C.: 53046589 C.F.I.: 3112021924					

		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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:		MARTHA LILIANA COPETE NIÑO		CC:	53046589
CORREO ELECTRÓNICO:		MARTHA.PAPSALES@GMAIL.COM		RUT (NIT):	53046589-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 3 ESTE 30 15 SUR		TELÉFONO:	3112021924
				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					
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:		BANCO DAVIVIENDA			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	8400742253
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1563 2024	N° CDP:		N° RP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024	
23/1/2024				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES OCHO (8) DIAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		4,734,720			
5		CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS MCTE			
 MARTHA LILIANA COPETE NIÑO C.C. 53046589 cel: 3112021924					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MARTHA LILIANA COPETE NIÑO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53,046,589		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1563 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				23/1/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.243.840			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 52.039.904		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4.734.720	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CRP INICIAL:	14381
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES OCHO (8) DÍAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82482820		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):		ADICIÓN (8)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	4.496.640	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	21004
				TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	4.496.640	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23888
				TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	5.995.520	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29168
				TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (8) OCHO DÍAS
VALOR ADICIONADO	5.152.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	33014
				TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	13.489.920	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36545
				TIEMPO PRORROGADO:	(3) MESES
VALOR ADICIONADO	714.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	RP DE LA ADICIÓN:	39913
				TIEMPO PRORROGADO:	NO APLICA
VALOR ADICIONADO	7.556.816	CDP DE LA ADICIÓN:	3755	RP DE LA ADICIÓN:	46890
				TIEMPO PRORROGADO:	(2) MESES
VALOR ADICIONADO	1.893.888	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	NO APLICA
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 presento 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (11/12/2024) AL (31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PÉRFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UMC
					1	0
TOTAL A PAGAR						
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2024-11	2024-11	1	09-12/2024	82432920	\$579.500	

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	53046589	MARTHA LILIANA COPETE N.RO		4r 3 este 30 15 sur	6012071532	martina.patronave4@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		
							SI

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
INFORMACION CITIZANTE										PENSION										SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAMETRALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Apellidos y Nombres										INFORMACION NOVEDADES										Fondo personal de subsidencia		Fondo personal de solidaridad		Cod. EPS		Cotización / Valor UPC		Cod ARL		Cotización		Codigo CCF		Aporte CCF		Aporte SENA		Aporte ICBF		Aporte ESAP MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
										CORRECCION																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
No.	Type	No. de identificación								ME	VCT	APR	TAC	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU	TAU