

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, CONVENIO O ACEPTACIÓN DE OFERTA					
No. del Contrato:	053 de 2018	Valor total del Contrato incluida modificaciones e IVA, si aplica:	\$ 22.500.000	Fecha de trámite:	JULIO 3 DEL 2018
Fecha suscripción contrato:	25 de enero 2018	Nombre del Contratista:	Hugo Arturo Fonseca Cruz	Fecha de aprobación de la garantía única -si aplica-	31 de enero de 2018
Requiere Acta de Inicio	No	No. De Registro Presupuestal:	7918	Fuente de los Recursos	Funcionamiento
Fecha Acta de Inicio:		Fecha terminación	30 de Junio del 2018	Tipo Identificación:	11226729
Objeto:	Prestar los servicios profesionales en la Oficina de Control Interno de la Superintendencia del Subsidio Familiar, para apoyar las auditorías internas y seguimientos conforme a lo establecido en la normatividad legal vigente.				

2. PAGOS REALIZADOS DEL CONTRATO SEGUN CERTIFICACIÓN DE PAGO DE SIIF NACIÓN				
No. Cuota	Valor	No. Cuota	Valor	Notas:
1	\$ 4.500.000	7		*Aquí se debe consignar el valor de los pagos efectuados al contratista, sin incluir el que se va a tramitar con la presente certificación.
2	\$ 4.500.000	8		
3	\$ 4.500.000	9		
4	\$ 4.500.000	10		
5	\$ 4.500.000	11		
6		12		
			% EJECCIÓN	80%
			TOTAL	\$ 18.000.000

3. INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO QUE SE VA A TRAMITAR CON LA PRESENTE CERTIFICACIÓN			
No. Del pago	\$	SALDO PENDIENTE X CERTIFICAR	\$
Valor a pagar incluido IVA:	\$ 4.500.000	Factura No.	5
		Fecha de la Factura:	03/07/2018

4. SOPORTES PRESENTADOS POR EL CONTRATISTA PARA TRAMITAR EL PAGO			
Informe de Actividades:	X		
Fotocopia del formato de ingreso de bienes al almacén de la entidad (emitido por el grupo de Gestión Administrativa y Documental), cuando aplique:	NA		
Persona Natural: Constancia de pago de aportes a Salud, Pensión, y Riesgos Laborales. Nota: Los valores descritos en esta certificación deben ser verificados de acuerdo a la proporción y porcentajes establecidos por la Norma.	Valor Salud \$	299.300	
	Valor Pensión \$	383.100	
	Valor ARL \$	25.000	
	Total Pagos \$	707.400	
Persona Jurídica: Certificación de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión, y Riesgos Laborales y parafiscales)	NA		

Por medio del presente documento, en mi calidad de supervisor (o interventor) del contrato anteriormente descrito, certifico que el contratista ha cumplido a satisfacción con las obligaciones pactadas en el contrato para tramitar el correspondiente pago, y que revisados los documentos que soportan dicho pago, los mismos se encuentran elaborados y expedidos de conformidad con lo estipulado en el respectivo contrato

[Firma]
Firma Supervisor o Interventor

Nombre: Jose William Casallas Fandiño

Documento Identidad: 79.048.157

Cargo: Jefe de Oficina de Control Interno

Dependencia: Oficina de Control Interno

[Firma]
3 JUL 2018

11:30



INFORME DE ACTIVIDADES PARA CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES									
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales en la Oficina de Control Interno de la Superintendencia del Subsidio Familiar, para apoyar las auditorías internas y seguimientos conforme a lo establecido en la normatividad legal vigente			FECHA DE SUSCRIPCION DEL CONTRATO:	25 de Enero de 2018	FECHA DEL INFORME:	03 de Julio de 2018		
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	1 de febrero de 2018	PRÓRROGAS:		PLAZO TOTAL DEL CONTRATO:		30 de Junio del 2018			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 22.500.000,00	ADICIONES:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO:		\$ 22.500.000,00			
Periodo correspondiente del pago:	Desde: 01/06/2018	Hasta: 30/06/2018	Pago No.:	5	Porcentaje de ejecución del contrato a la fecha: (calculado proporcional sobre 100 % del valor total del contrato)		100%		
ACTIVIDADES U OBLIGACIONES REALIZADAS: - Se apoyo en la auditoria del proceso de Control de de Cajas de Compensacion. - Se realiza el Informe de seguimiento del registro de informacion en el Sistema de Informacion y Gestion del Empleo Publico - SIGEP para el primer trimestre de 2018. - Se realiza el Informe de seguimiento a la Gestion Contractual de la Superintendencia del Subsidio Familiar para el segundo bimestre del 2018 - Se apoyo en el envio de la comunicacion de cierre de la auditoria del procedimiento de Gestion de Proyectos TI al personal de la Oficina de Tecnologias de la Informacion y Comunicaciones. - Se apoyo en la realizacion de las actividades asignadas a traves de la plataforma Isolucion correspondientes a la Oficina de Control Interno.									
OBSERVACIONES:	Quinto Pago \$ 4.500.000								
									
Nombre completo del contratista: Hugo Arturo Fonseca Cruz				nombre del jefe: Jose William Casallas Flindino					
C.C. Numero.... 11.226.729				Jefe de Oficina de Control Interno					



Bogotá, Julio 3 de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetado señores:

Yo, Hugo Arturo Fonseca Cruz identificado con cédula de ciudadanía número 11.226.729 expedida en Girardot, me acojo a la disminución de la base para la retención en la fuente a trabajadores independientes de acuerdo a lo establecido en el Art. 4 del Decreto 2271 del 18 de junio de 2009 y el Artículo No.2 parágrafo 3 del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013, declaro bajo la gravedad de juramento que la siguiente persona depende económicamente del (a) suscrito (a), por ausencia de ingresos:

1. Hijos hasta 18 años de edad (Adjunto Registro Civil)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD
	N/A	N/A	N/A

2. Hijos entre 18 y 23 años de edad (educación- soporte debidamente certificada)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	INSTITUCION EDUCATIVA
	N/A	N/A	N/A

3. Hijos mayores de 23 años de edad (factores físicos o psicológicos - soportado)

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	ENTIDAD QUE CERTIFICA
	N/A	N/A	N/A

4. Cónyuge o compañero permanente (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
	N/A	N/A	N/A

5. Padres y hermanos (Ausencia de ingresos - factores físicos o psicológicos) Adjunto Certificación Contador Público o Certificado medicina legal.

TIPO	IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CONTADOR O ENTIDAD
	N/A	N/A	N/A

Para dar cumplimiento a la ley 1607 de 2012 y decreto reglamentario 099 de 2013, como persona natural perteneciente a la categoría de empleados, certifico que:

Soy residente fiscal colombiano, que por lo menos el 80% de mis ingresos provienen de rentas de trabajo. (Salarios, honorarios, comisiones y servicios)

Para el ejercicio de mi actividad como profesional independiente o tecnólogo no requiero la utilización de maquinaria o equipo especializado ni de materiales o insumos especializados.

De acuerdo con el Art. 3 Parágrafo 4 del Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y Decreto 1070, artículo 1 numeral 4 de mayo 28 de 2013, manifiesto que:

No soy Declarante de Renta. ____

Soy Declarante de Renta X

OBLIGADO A DECLARAR: QUE DURANTE EL AÑO 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (\$44.603.000), que no soy responsable del impuesto sobre las ventas del régimen común, que el patrimonio bruto en el último día del año gravable 2017 no excedió de cuatro mil quinientas (4.500) UVT (\$143.366.000), que los consumos mediante tarjeta de crédito no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor total de compras y consumos no superaron las mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000) incluidos los realizados tanto en Colombia como en el exterior, que el valor acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras, no excedieron de mil cuatrocientos (1.400) UVT (\$44.603.000), incluidas las realizadas tanto en Colombia como en el exterior.

De acuerdo con lo establecido en el art.383 del E.T parágrafo 2. Manifiesto que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad generadora de renta.

Atentamente,



HUGO ARTURO FONSECA CRUZ
CC 11.226.729
DIRECCION Calle 25 B # 85B - 41
TELEFONO 3227027526

Bogotá, 03 de Julio de 2018

Señores
SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada

Respetados señores:

Yo, Hugo Arturo Fonseca Cruz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 11.226.729, para acogerme a la disminución de la base para Retención en la Fuente para trabajadores independientes (Art. 4º del Decreto 2271 de 18 de Junio de 2009), declaro bajo la gravedad de juramento que los documentos soporte del pago de aportes obligatorio al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos del Contrato No.077 de 2018 materia del pago sujeto a retención.

Cordialmente,



HUGO ARTURO FONSECA CRUZ
C.C. No. 11.226.729 de Girardot

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1126729	Hugo Arturo Fonseca Cruz		Cra 75 No 66-51	8337401	hufons@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUICURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	1	19/06/2018	28267065	\$711.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	299.300	0		0		0	7	1.700	0	301.000	1

TOALES PENSÓN

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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	383,100	0	0	0	0	7	2.100	0	385.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Reducido Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positivo Seguros	890011153-6	25.000				25.000	7	200	25.200			250	25.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y MORA	Total a Pagar
Salud	1	299.300	301.000
Pensión	1	383.100	385.200
Riesgos Laborales	1	25.000	25.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
IGBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	707.400	711.400

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	11226729	Hugo Arturo Fonseca Cruz	Cra 75 No 66-51	8337401	hufons@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
SALUD	DIFERENTE A SALUD				
MES	AÑO	MES	AÑO		
6	2018	6	2018	19/06/2018	28267065
					TOTAL A PAGAR
					\$711.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Básico	Extratras	Cotiz. Intertr	N	M	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE	TAE