SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**30313-182758**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DORIS AMPARO PORTILLA PABON	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	27.473.126	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dapp@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	000122021417
IP/Nº de contacto:	0000	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5876475/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**25624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos de formación complementaria virtual atendiendo los procesos y lineamientos de la formación profesional integral, de acuerdo con las necesidades del Centro de Servicios Financieros.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.189.500
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.655.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.724.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,82%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 148.148
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.500		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.931.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.250.900**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 148.148**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**74819431**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.400	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 893.100	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 1.750.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 875.113		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.250.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	148.148,00	2,82%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.279.133,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion 1: Se realizó la respectiva planeación y alistamiento de las fichas 2931952 -2931953 -2931954 -2931975 del curso Administración y Recuperación de la Cartera de Créditos

Obligacion 6: Se implementan estrategias para la retención de aprendices de las fichas 2931952 -2931953 -2931954 -2931975 del curso Administración y Recuperación de la Cartera de Créditos.

Obligacion 7: Se emitieron juicios valorativos de los aprendices que han cumplido con los resultados de las fichas 2931952 -2931953 -2931954 - 2931975 del curso Administración y Recuperación de la Cartera de Créditos.

Obligacion 9: Se gestiono los respectivos tramites de novedades académicas de las fichas 2931952 -2931953 -2931954 -2931975 del curso

Obligacion 16: Se ejecutaron 160 horas mensuales en actividades de formación, de acuerdo con la programación asignadas.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

DORIS AMPARO PORTILLA PABON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
INSTRUCTOR G17

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

19/03/24 16:44:49 USUARIO: SIC - C.C. 27473126

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27473126	DORIS AMPARO PORTILLA PABON	CL 18 N 4 -73	2822158	dorispp2710@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	74819431	$527.500	

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	225.000	0		0		0	11	2.200	0	227.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	288.000	0	0	0	0	11	2.800	0	290.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	11	100	9.500			94	9.500	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
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	225.000	227.200
Pensión	1	288.000	290.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	522.400	527.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	27473126	DORIS AMPARO PORTILLA PABON		CL 18 N 4 -73	2822158	dorispp2710@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2024-02	2024-02	I	18/03/2024	74819431	$527.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	27473126	PORTILLA PABON DORIS AMPARO	57	0			N	X																25-14	1.800.000	288.000	0	0	0	0	EPS005	1.800.000	225.000	14-23	1.800.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FonoClinic
Nit: 900.220.590-2

Medicina General y Especializada - Odontología - Ortodoncia
Laboratorio Clínico Especializado - Optometría
Fonoaudiología y Audiología
Terapia Ocupacional - Terapia Respiratoria - Psicología
Trabajo Social - Educación Especial - Enfermería
Estética - Fisioterapia - Ambulancia
Salud Ocupacional - Farmacia

Documento HSE Versión 08 04/Abril/2022	**CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL**

NOMBRE DE LA EMPRESA:	Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA	**CIUDAD: ORITO**	**FECHA:** 30 ENERO DEL 2023

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: DORIS AMPARO PORTILLA PABON

CC No. 27.473.126	**EDAD:** 42	**SEXO:** F [X] M [ ]	**CARGO: DOCENTE**

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al suscrito, dentro del examen:

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL			
PRE-OCUPACIONAL: [X]	**PERIODICO:** [ ]	**POST-INCAPACIDAD:** [ ]	**CONCEPTO MÉDICO** [ ]

Solicitado por ustedes, con el siguiente resultado después de la valoración médica:

EXAMEN (S):					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:	X	OPTOMETRIA: Discriminación de Colores, Visión de profundidad, esteropsis, visiometria			X
ESPIROMETRIA		AUDIOMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	
Énfasis: OSTEOMUSCULAR (Sistema locomotor y columna), encuesta covid19,					X
EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO: SEROLOGIA					X
PRUEBA ACROFOBIA [ ]	VALORACION PSICOLOGICA [ ]			PRUEBA PSICOSENSOMETRICA [ ]	
PRUEBA DE ALCOHOL ETILICO EN SALIVA [ ]	PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS /TEST CU PRO [ ]				

RESULTADOS VALORACION:

Cumple con los requisitos necesarios para ocupar el cargo: [ ] **Con recomendaciones para desempeñar el cargo** [X]

Aplazado [ ] **No cumple** [ ]

Cumple requisitos médicos para trabajo en alturas: SI [ ] **NO** [ ] **Cumple requisitos médicos para T. espacios confinados: SI** [ ] **NO** [ ]

Cumple requisitos médicos para conducción vehículos: SI [ ] **NO** [ ] **Cumple requisitos médicos para manipulación de alimentos: SI** [ ] **NO** [ ]

Presenta en el momento de la valoración médica ocupacional, antecedentes respiratorios relacionados con covid -19 SI [ ] **NO** [X]

Se evidencia alteraciones que lo ubiquen dentro de población vulnerable para enfermedad covid-19 SI [ ] **NO** [X]

ALCOHOL EN SALIVA: POSITIVO [ ] **NEGATIVO** [ ] **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: POSITIVO** [ ] **NEGATIVO** [ ]

IMC [36] **RH:** [A+]

Tipo de recomendaciones:

GENERALES		SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL		INCLUSIÓN SVE / PROGRAI	
Examen medico Periodico	X	Dieta / Baiar de peso	X	Control PyP por EPS	X	Salud Visual	
Higiene Postural	X	Ejercicio regular	X	Remisión a EPS		Cuidado Auditivo	
Utilización EPP	X	Control con Nutrición	X	Remisión ARL		Riesgo Quimico	
Uso de corrección Optica		Hábitos de vida saludable	X	Continuar Tratamiento medico		Ciudado Ergonómico	
Medias Antivárice		Control periodico con EPS				Cardiovascular	X
Pausas Activas	X					Psicosocial	

Aplicar Recomendaciones Para Minimizar Riesgo De COVID 19	X

Otros _____

Deisy Lorena Cabrera S.
Médico Cirujano
Esp. Seguridad y Salud en el trabajo
MC 484-2021

FIRMA DEL MEDICO
Reg. Médico

Doris Portilla

FIRMA DEL TRABAJADOR

VIGILADO Supersalud

Bogotá, 31 de marzo de 2024

Ernesto Acevedo Soto
Subdirector
Centro de Servicios Financieros
SENA - Regional Distrito Capital
Bogotá D.C

Asunto: Autorización consulta Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM

Estimado señor(a):

La suscrita ***DORIS AMPARO PORTILLA PABON***, identificado con C.C. No. ***27.473.126*** expedida en Colon Putumayo, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 2097 de 2021, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos- REDAM que administra el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MinTIC, durante mi vinculación contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos y que se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma 

Nombres y Apellidos: Doris Amparo Portilla Pabón
C.C. ***27.473.126***

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 27473126 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/03/2024 05:54 PM

Código Verificación: **CBNEH6ZT49**

Válida hasta: **17/06/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ab1d29bcf2a80b03813b4e05d87dd439bb8bb665809ddb24a00109e0ba40a3b30b7135ad3d63dca28fe473ca5e45e6ce

Número de Factura: FV-16
Fecha de Emisión: 15/03/2024
Fecha de Vencimiento: 31/03/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PORTILLA PABON DORIS AMPARO
Nombre Comercial: PORTILLA PABON DORIS AMPARO
Nit del Emisor: 27473126
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZA - IVA e INC
Actividad Económica:

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 16 5 60 LC 7 C Y 8 C
Teléfono / Móvil: 3212428841
Correo: dorispp2710@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 899999034
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Cl 57 8 69
Teléfono / Móvil: 6015461600
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	Honorarios	Honorarios Mes de Marzo Contrato No 5876475	NIU	1,00	$ 4.465.500,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 4.465.500,00

Notas Finales

#$36-02-00-011-940510; Contrato CO1.PCCNTR.5876475; jpulgarin@sena.edu.co #$
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-03-15 13:01:10
Documento generado el: 2024-03-15 13:01:09
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			4.465.500,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			4.465.500,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			4.465.500,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	4.465.500,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764065814391 Rango desde: 14 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-08-19