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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**40753-794970**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA ANGULO RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.094.900.488	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amangulor@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488408139274
IP/Nº de contacto:	0	**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	NO
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5744832/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES APOYAR LAS ACCIONES DE ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y CAMPESINA A NIVEL MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL _RAD_63-9-2024-000185

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.200.000
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 59.800.000
Valor Bruto Pago:	**$ 5.200.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.200.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 143.021	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.343.021**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.554.321**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.554.321,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7931094119**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.080.000	$ 2.080.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 260.000	$ 260.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 332.800	$ 332.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 10.900	$ 10.900	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.185.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.021.865					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$5.200.000,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar programación mensual de actividades (actividades, fechas, resultados esperados) y obtener su aprobación por parte del Coordinador Académico.

Acompañar al centro de formación en la focalización, conformación y matricula de grupos de formación y articular la gestión y seguimiento de las concertaciones realizadas con la Coordinación Académica y el equipo de instructores.

Gestionar alianzas con entes territoriales, organizaciones privadas, organizaciones sociales o no gubernamentales, que permitan la identificación y canalización de recursos para el apalancamiento de los programas de formación, proyectos y unidades productivas

Promocionar y difundir el programa, a través de los diferentes mecanismos de difusión disponibles en el territorio, de manera que se llegue a los grupos focales (minorías étnicas, mujeres y jóvenes rurales) y motivar el acceso al portafolio de servicios y la cadena de valor ofrecida por el programa.

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

ANGELICA MARIA ANGULO RODRIGUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

CARMEN EUGENIA MARULANDA RIOS
INSTRUCTOR

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

29/07/24 16:34:58 USUARIO: SIC - C.C. 1094900488

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Planilla Pagada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094900488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELICA MARIA ANGULO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CLL 5NORTE 17-55 TORRE JADE APTO 602	TELÉFONO:	7381991
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7931094119**	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				763152459

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 332.800	$ 0	$ 332.800
SUBTOTALES:										**$ 332.800**	**$ 0**	**$ 332.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 0	$ 260.000
SUBTOTALES:													**$ 260.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 260.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.800	$ 21.800	$ 0	$ 0	$ 21.800
SUBTOTALES:									**$ 21.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 41.600	$ 0	$ 41.600
SUBTOTALES:			**$ 41.600**	**$ 0**	**$ 41.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1094900488	ANGULO RODRIGUEZ ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.080.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.080.000	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 332.800

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.080.000	$ 260.000	$ 0	$ 260.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.080.000	109490048	$ 21.800

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 2.080.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 41.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 656.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094900488
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELICA MARIA ANGULO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CLL 5NORTE 17-55 TORRE JADE	TELÉFONO:	7381991
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7931094119**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		763152459

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 332.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 332.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 260.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 260.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 41.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 41.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 21.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 21.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 656.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 656.200**

Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
763152459

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
08/07/2024

Número de aprobación
00152459

Dirección IP
201.185.229.130

Valor transacción
$ 656.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.153	CC	1094900488

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Solicitud de Comision No. **46324**

Dependencia **Solicitante y/o Ordenador del gasto**

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

	Valores a legalizar	SALDO
Gastos de manutención	**$ 143.021,00**	0
Gtos transporte por comision	**$ 0,00**	0
Otros gastos	**$ 0,00**	0
Valor neto a legalizar	**$ 143.021,00**	0

SALDO A FAVOR: 0

VALOR A REINTEGRAR: 0

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

Solicitante

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte: MHcaospina CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO

Fecha y Hora Generación Reporte: jueves, 27 de junio de 2024

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	46324	**Fecha Solicitud**	2024-06-26	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad**	**- 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-06-27	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SUBDIRECCION CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3124	**Dependencia Solicitante**	953838 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - EMPRENDE RURAL
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3602-1300-10-20308E-3602035-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPRENDIMIENTO - DESARROLLO DE CAPACIDADES EMPRENDEDORAS Y EMPRESARIALES PARA LA GENERACIÓN DE INGRESOS A NIVEL NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
ANGELICA MARIA ANGULO RODRIGUEZ	CC: 1094900488	CONTRATISTA-DINAMIZADORA SER	Autorizada	2024-06-29	2024-06-29	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / CALARCA	0,5	No	50	0,5	5.200.000,00	286.042,00	143.021,00	0,00	143.021,00	Participar Ceremonia de Certificación.
											Totales Solicitud de Comisión			**143.021,00**	**0,00**	**143.021,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Participar Ceremonia de Certificación.

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	18403004	Nombre:	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO - QUINDIO

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/06/27 09:20:25 -05:00

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 27 de junio de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	JHON MARIO CORREA TABARES	Fecha Verificación:	27/06/2024 8:50:16

Firmado digitalmente por:
Nombre: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Cédula de ciudadanía: 18403004
Usuario SIIF: MHcaospina
27/06/2024 9:20:37 a. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.