

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25				
			Código Centro		923210				
			Fecha Elaboración		Agosto de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		78700-229233				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		SANDRA PATRICIA ROJAS ROJAS		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		51.959.382		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		srojasr@sena.edu.co		Número de Cuenta:		42841109389			
IP/N° de contacto:		3057991491		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		NO			
¿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									
N° del contrato:		5835185/2024		N° Compromiso SIIF	13024	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:Prestación de servicios profesionales con plena autonomía como instructor con el propósito de atender las necesidades de formación regular en las áreas asociadas a la red de conocimiento RECURSOS HUMANOS del Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/08/2024		Al		31/08/2024			
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 19.946.101			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.739.371			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 15.480.556			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Agosto		Julio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		79315949		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299 - SOACHA		23.739,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.250.123						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.441.806,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
2847026 ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA COORDINAR EVALUACION DE DESEMPEÑO									
ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA PROVEER LA INFORMACION									
ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA INTEGRAR A LOS TRABAJADORES HORA 72									
2996908 ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA TRANSVERSAL EJERCER DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO HORAS 16									
2877409 ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA TRANSVERSAL EJERCER DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO HORAS 16									
2905541 ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA TRANSVERSAL EJERCER DERECHOS FUNDAMENTALES DEL TRABAJO HORAS 20									
3032472 ORIENTAR FORMACION PARA LA COMPETENCIA TRANSVERSAL CULTURA DE PAZ HORAS 20									
REGISTRO Y EMISION DE JUICIOS EVALUALUATIVOS PLATAFORMA SOFIA PLUS HORAS 10									
TOTAL HORAS 154									
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									
SANDRA PATRICIA ROJAS ROJAS 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 periodo 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,									
ALBA CONSUELO CASAS FONSECA INSTRUCTOR G08									
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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	13/08/2024	79315949	\$518.500	

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	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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	0	0	9.400			94	9.400	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51959382	SANDRA PATRICIA ROJAS ROJAS		Calle 58 C Sur 23 D 77	6014912403	sanpatroj@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	13/08/2024	79315949	10
					TOTAL A PAGAR
					\$518.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	51959382	ROJAS ROJAS SANDRA PATRICIA					59	0		N																	25-14	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS005	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, Informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	20.289.299	MARIA DILUVINA ROJAS ROJAS	MADRE
------	------------	----------------------------	-------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.



Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,


FIRMA
Nombre: Sandra Patricia Rojas R.
C.C. 51'934.382 Btá 11



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Sandra Patricia Rojas Rojas**, identificado(a) con **CC** número **51959382**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 51959382
NOMBRES Y APELLIDOS	Sandra Patricia Rojas Rojas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/08/1969
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	27/08/2001
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	478 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	731 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	05/07/2011
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 51959382 SANDRA PATRICIA ROJAS
ROJAS Desde 01/02/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
51959382 SANDRA PATRICIA ROJAS ROJAS Desde 01/03/2023
Hasta 31/01/2024

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 20289299
NOMBRES Y APELLIDOS	Maria Diluvina Rojas Rojas
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Padres
FECHA DE NACIMIENTO	01/11/1941
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	19/11/2001
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	478 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	640 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	05/07/2011
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por interfaces

24/08/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
MARIA	DILUVINA	ROJAS	ROJAS
1.5 Departamento de Residencia		1.6 Municipio de Residencia	
BOGOTÁ, D.C.		BOGOTÁ, D.C.	

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de Identidad	Cédula de ciudadanía	☒ Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
-------------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------------	--	-----------	----------------------	---------------------------------------

Número de documento de identidad: 20289299

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
PRERESALUD SAS	Año	Mes	Día
	2023	8	1
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	830143723		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	☒	NO
Visual	SI		☒
Auditiva	SI		☒
Intelectual	SI	☒	NO
Psicosocial (Mental)	SI	☒	NO
Sordoceguera	SI		☒
Múltiple	SI	☒	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	45.83
Movilidad	90.00
Cuidado Personal	87.50
Relaciones	65.00
Actividades de la Vida Diaria	100.00
Participación	50.00

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

- Códigos Funciones Corporales
b117.3 b122.2 b420.1
- Códigos Estructuras Corporales
s110.388 s410.188 s730.252
- Códigos Actividades y Participación
d175.3 d4602.4 d598.4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.289.299**

ROJAS ROJAS

APELLIDOS

MARIA DILUVINA

NOMBRES

Maria Diluvina Rojas Rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-NOV-1941**

PITALITO
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.46 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-ENE-1963 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00126042-F-0020289299-20081108 0005576302A 1 1610017812

SECRETARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

14/02/2011/3

Andrés Patricia Rojas Rojas
En la República de Colombia Departamento de Cundinamarca

Municipio de Bogotá D.C. (corregimiento o vereda, etc.)
a las 21 del mes de Septiembre de mil novecientos sesenta y nueve
se presentó el señor Blanes A. Rojas mayor de

edad, de nacionalidad Colombiana natural de Armenia (Quindío) domiciliado
en Bogotá D.C. y declaró: Que el día Veintiocho (28)
del mes de Agosto de mil novecientos sesenta y nueve siendo las

8 y 30 de la mañana nació en Camufl F. 45 B.S.O.S.
del municipio de Bogotá D.C. República de Colombia un niño de

sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de Patricia Patricia
hijo legítima del señor Blanes A. Rojas de 25 años de edad,
natural de Armenia (Quindío) República de Colombia de profesión Fajero

y la señora María Filadelfa Rojas de 26 años de edad, natural de
Bogotá D.C. República de Colombia de profesión Hogar

abuelos paternos Marcelino Rojas y Ombra Herrera
y abuelos maternos Esteban Rojas y Ana R. Rojas

Fueron testigos Blanes A. Rojas #497438 Armenia

En fe de lo cual se firma la presente acta.
El declarante, #497438 Armenia (con cédula No.)

El testigo, #2904198 Bogotá (con cédula No.)

El testigo, #1711996 Bogotá (con cédula No.)

Alexandro Gordoba M. (firma y sello del funcionario ante quien se hace el registro)

Para efectos del artículo segundo (2o) de la Ley 45 de 1936, reconozco al niño a que se refiere esta Acta como hijo natural y para constancia firmo

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia del Original data en Bogotá D.C. Valida para
demostrar parentesco
RC. 30 ENE 2011
REPUBLICA DE COLOMBIA
HERNANDEZ MONTAÑA
NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA
(firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

TOMO 179 FOLIO 514
(firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

Act. No 89 R.D. 100

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.959.382**

ROJAS ROJAS

APELLIDOS

SANDRA PATRICIA

NOMBRES

Sandra Patricia Rojas R.

FIRMA



DICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

28-AGO-1969

**BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

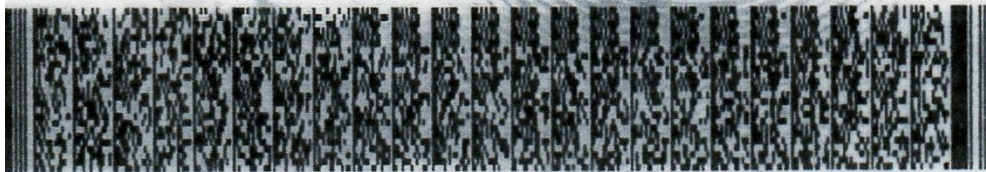
SEXO

27-NOV-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A 1500150 00125869 E 0051059382 20081107

0005521771A 1

1420016126