

 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 NARIÑO CENTRO AGROINDUSTRIAL Y PESQUERO DE LA COSTA PACIFICA NARIÑO F.P. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		52
			Código Centro		953510
			Fecha Elaboración		Junio de 2025
			Versión		ENERO - 2.25
			ID de Proceso		59031-856189
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: ALVARO DUVAN GONZALEZ PRECIADO			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía: 1.087.126.453			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: adgonzalezp@sena.edu.cio			Número de Cuenta: 550100700062761		
IP/Nº de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA: NO		
Inducción SST: SI			Pertenece al régimen simple de tributación: NO		
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE			Es declarante de renta por el año gravable 2024 NO		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? NO					
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 NO					
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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: 7704541/2025		Nº Compromiso SIIF 21825		Número de pagos durante la vigencia del contrato 9	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS TEMPORALES COMO INSTRUCTOR PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO VÍCTIMAS EN EL ÁREA DE: MANIPULACION HIGIENICA DE ALIM			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/06/2025 Al 30/06/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 30.450.000			
Número de pago 3		Valor Total del Contrato: \$ 39.450.000			
Valor Bruto Pago: \$ 4.500.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 25.950.000			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.500.000		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 2,01%			
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 106.456			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.500.000					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 9.000.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.291.200		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 106.456			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Junio		Mayo	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		1747968569	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.800.000		\$ 1.800.000	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 225.000		\$ 225.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 288.000		\$ 288.000	
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		\$ 288.000			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 225.000			
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		\$ 900.000			
Salud hasta \$ 796.784		\$ -			
Renta Exenta 25% \$29.505.907		\$ 1.764.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.988.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.291.200,00 TARIFA	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 106.456,00 2,01%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				Estampilla Prodesarrollo UDENAR 22.500,00 0,500%	
				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 \$4.371.044,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y UN MIL CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Alistar materia prima de pastelería de acuerdo con el programa de producción y normativa vigente					
Mezclar materias primas y/o premezclas, de acuerdo a formulación y proceso.					
Acondicionar masas y batidos de acuerdo a especificaciones de producto y proceso					
Aplicar tratamientos térmicos, a productos acondicionados, según especificaciones de proceso y normatividad					
APLICAR PRÁCTICAS HIGIÉNICAS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN RELACIONADAS EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA DE ALIMENTOS.					
REALIZAR AJUSTES A PRÁCTICAS HIGIÉNICAS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN CON BASE EN LEGISLACIÓN SANITARIA DE ALIMENTOS Y REQUERIMIENTOS DE LA					
VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS HIGIÉNICAS Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN ESTABLECIDAS EN LA LEGISLACIÓN SANITARIA DE ALIMENTOS Y					
PLANEAR RECURSOS PARA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE CONTAMINACIÓN DE ALIMENTOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS SEGÚN LEGISLACIÓN SANITARIA Y NOR					
CONOCIMIENTO BÁSICO DE CONSERVACIÓN DE ALIMENTOS. RESPONSABILIDAD LEGAL Y SOCIAL DEL MANIPULADOR DE ALIMENTOS. PERFIL HIGIÉNICO					
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			 Firmado digitalmente por ALVARO DUVAN GONZALEZ PRECIADO Fecha: 2025.06.13 14:25:42 -05'00'		
			ALVARO DUVAN GONZALEZ PRECIADO 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,		
			EDWIN FABIAN LOPEZ VALLEJO INSTRUCTOR G05		
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 JOSE TIRSO POLO VALLEJO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: SUCESIONARIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, BENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: TELÉFONO: DEPARTAMENTO: BARRIO PORVENIR: CLASE APORTANTE: PRIVADA: ACTIVIDAD ECONÓMICA: UNICO	108712843 ALVARO DUVAN GONZALEZ PREGADO NARIÑO 7274039 INDEPENDIENTE Comercio al por menor realizado a través de redes NO	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (año/mes/día): MES: mayo AÑO: 2025 0 2025/05/29 NÚMERO AUTORIZACIÓN: TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: MES: mayo AÑO: 2025 INDEPENDIENTES 3029 9992730194

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA
25-14	PS-14 COLOMBIANOS	1	\$ 223.900																
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA
25-14	PS-14 COLOMBIANOS	1	\$ 223.900																
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA
25-14	PS-14 COLOMBIANOS	1	\$ 223.900																
SUB-TOTALES:																			

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSION				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES				TOTAL APORTES A RESERVA PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA
25-14	PS-14 COLOMBIANOS	1	\$ 223.900																
SUB-TOTALES:																			

TOTAL PAGADO: \$ 519.900

DATOS GENERALES DE APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		1987136451		NÚMERO PLANILLA		1748182754		TIPO DE PLANILLA		N-CORRECCIONES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		1987136451		NÚMERO PLANILLA		1748182754		TIPO DE PLANILLA		N-CORRECCIONES					
CIUDAD/MUNICIPIO		TURACAO		DEPARTAMENTO		ALVARO OLVAN GONZALEZ PREGIADO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MAYO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD		MAYO 2025					
DIRECCIÓN		BARRIO PORVENIR		NÚMERO		721058		CÍAS DE MORIA		0									
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE		1-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa-mm-aa)		2025/05/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN		999005723					
TIPO EMPRESA		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONÓMICA		Comercio al por menor realizado a través de canales		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA		1747968558		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA		25/05/2025					
FORMA DE PRESENTACIÓN		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, RENA Y ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)						NO													

ADMINISTRADORA			TOTAL APORTES A PENSION										TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº COOTIZANTES	COOTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		APORTES		MORA	VALOR PAGADO	
				EMPLAZADO	COOTIZANTE	SOLICITADO	SUBSISTENCIA	COOTIZACION	FSP					
25-14	25-14 COLPENSIONALES	1	\$ 1.400	0	0	0	0	0	0	0	\$ 1.400	0	\$ 1.400	
SUBTOTALES:											\$ 1.400	0	\$ 1.400	

[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	RECAPACIDAD RIP	SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	RENTA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
74-23	74-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	1		0		0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL:				0		0	0	0	0	0	0

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 2.500
---------------	----------

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

141169267770



(415)7707212489984(8020) 000014116926777 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 7 1 2 6 4 5 3 | 2

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Pasto

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 8 7 1 2 6 4 5 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Nariño

5 2

30. Ciudad/Municipio

San Andres de Tumaco

8 3 5

31. Primer apellido

GONZALEZ

32. Segundo apellido

PRECIADO

33. Primer nombre

ALVARO

34. Otros nombres

DUVAN

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Nariño

5 2

40. Ciudad/Municipio

San Andres de Tumaco

8 3 5

41. Dirección principal

CL VARGAS CA 13

42. Correo electrónico

djvandu21@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 8 6 9 0 5 9 7

45. Teléfono 2

3 1 6 6 2 1 0 3 3 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

8 5 5 1

2 0 2 4 0 9 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

2 3 2 0

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 16.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012

Firma del solicitante

Alvaro Duvan Gonzalez Preciado

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre JIMENEZ FRANCO SONIA FERNANDA

985. Cargo Gestor I



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PASTO, 17 de junio del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
PASTO

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:

TI	1087829288	liannys ivanna gonzalez cortes	Hijo(a)
----	------------	--------------------------------	---------

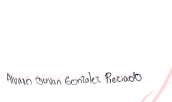
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

 Firmado digitalmente por
ALVARO DUVAN GONZALEZ
PRECIADO
Fecha: 2025.06.17 22:13:47
-05'00'

ALVARO DUVAN GONZALEZ PRECIADO
C.C. 1087126453

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55844412

NUIP 1.087.829.288

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código M 3 T

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 1 TUMACO - COLOMBIA - NARIÑO - TUMACO

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALES Segundo Apellido CORTES

Nombre(s) LIANNYE IVANNA

Fecha de nacimiento Año 2015 Mes OCT Día 17 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA NARIÑO TUMACO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 53956465-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos CORTES DORADO SANDRA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 59.684.540 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ PRECIADO ALVARO DUVAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.087.126.453 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GONZALEZ PRECIADO ALVARO DUVAN

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.087.126.453 Firma DUVAN GONZALEZ P.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2015 Mes NOV Día 03 Nombre y firma del funcionario que autoriza ELSA NIREYA SAADEZAR RODRIGUEZ - N



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO