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 VALLE

CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**04623-542036**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.114.121.780	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jandradem@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	51400011837
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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9076382/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS. PARA LA VIGENCIA 2026.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.532.471
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.112.051
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.794.974

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.777.847**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9501126389**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.800	$ 0
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 926.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 900.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	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	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - CALI	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	23.687,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.713.810,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del obje

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

JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ
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,

Firmado digitalmente por Luz Stella Gutierrez Olaya
Fecha: 2026.03.16 16:47:51 -05'00'

LUZ STELLA GUTIERREZ OLAYA
PROFESIONAL G02

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
BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/03/26 14:32:12 USUARIO: SIC - C.C. 1114121780

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1114121780		ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 47 norte 6a 29	CALI-VALLE	3152585697	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	117713902	9501126389	I	2026/03/18	2026/03/06	BANCOLOMBIA	0	$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1114121780	ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**	**$9,200**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$0**	**$0**	**$508,300**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1114121780		ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 47 norte 6a 29	CALI-VALLE	3152585697	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	145218953	9501481196	N	2026/03/18	2026/03/16	BANCOLOMBIA	0	$23,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1114121780	ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	25-14	30	($1,750,905)	($280,200)	EPS010	30	($1,750,905)	($218,900)		0	$0	$0	14-23	30	($1,750,905)	($9,200)	0	$0	$0
2	CC	1114121780	ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA	25-14	30	$1,831,832	$293,100	EPS010	30	$1,831,832	$229,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,831,832	$9,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						**$80,927**	**$12,900**			**$80,927**	**$10,100**			**$0**	**$0**			**$80,927**	**$400**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,900	$0	$0	$12,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$12,900	$0	$0	$12,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$0	$0	$400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$400	$0	$0	$400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,100	$0	$0	$10,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$10,100	$0	$0	$10,100
TOTAL				**1**	**$23,400**	**$0**	**$0**	**$23,400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 09 de enero de 2015

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad CALI

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:

T.I.	**1117032140**	**JUAN MANUEL JARAMILLO ANDRADE**	**HIJO**

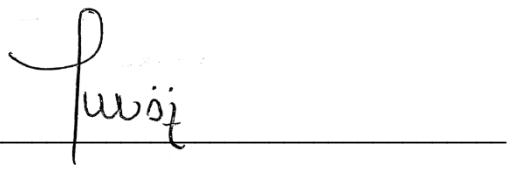
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: JULIANA PAOLA ANDRADE MUÑOZ

C.C. 1114121780

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.117.032.140

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55171900

55171900

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	01	☐	☐	☐	W7A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE - TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JARAMILLO	ANDRADE

Nombre(s)
JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAR Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - VALLE - TULUA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	13446207-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.121.780 BOLIVAR	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
JARAMILLO CANO ABSALON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.061.587 SAN PEDRO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
JARAMILLO CANO ABSALON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.114.061.587 SAN PEDRO	Abselon Jaramillo C.

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes MAR Día 03	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

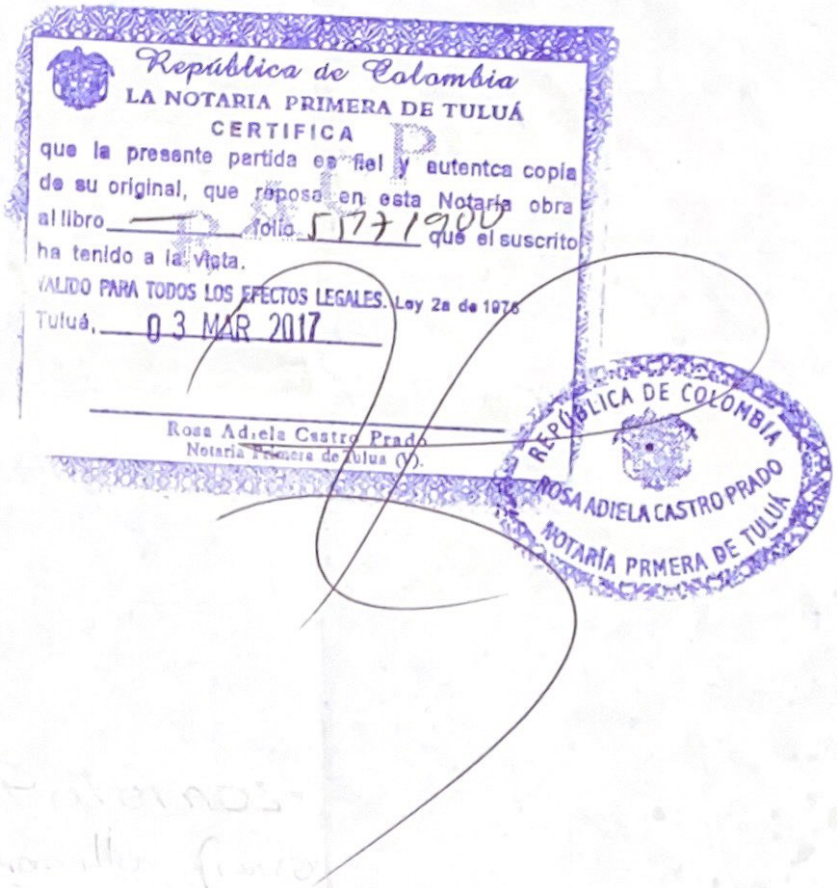
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Abselon Jaramillo Cano Firma	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA ROSA ADIELA CASTRO PRADO NOTARIA PRIMERA DE TULUA

REPÚBLICA DE COLOMBIA ROSA ADIELA CASTRO PRADO NOTARIA PRIMERA DE TULUA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -


República de Colombia
LA NOTARIA PRIMERA DE TULUÁ
CERTIFICA
que la presente partida es fiel y autentca copia de su original, que reposa en esta Notaría obra al libro D folio 5177200 que el suscrito ha tenido a la vista.
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES. Ley 2a de 1975
Tuluá, 03 MAR 2017
Rosa Adiela Castro Prado
Notaría Primera de Tuluá (V).
REPÚBLICA DE COLOMBIA
ROSA ADIELA CASTRO PRADO
NOTARÍA PRIMERA DE TULUÁ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.117.032.140**

JARAMILLO ANDRADE

APELLIDOS

JUAN MANUEL

NOMBRES

Juan Manuel

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-2017**

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-MAR-2035 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

02-ABR-2024 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

P-3100100-01439369-M-1117032140-20240510 **0140113425A 3** 8511371104

notaría 5

Gloria Marina Restrepo Campo
Calle 29 Norte No. 6AN-35 - Teléfono: PBX. (60) (2) 6410608

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO PARA FINES EXTRA PROCESALES
(DECRETO 1557 DEL 14 DE JULIO DE 1.989 ARTICULO 1)

No. 2021

EN SANTIAGO DE CALI, CAPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL 3 de Septiembre de 2025, ANTE MI, **XIMENA MORALES RESTREPO, NOTARIA QUINTA (5) ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI, ACTA DE POSESIÓN No. 64 DEL 3 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.** COMPARECIO: **ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA,** IDENTIFICADA CON **C. C.** No. **1.114.121.780 EXPEDIDA EN BOLIVAR.** DIRECCIÓN: **CALLE 47 NORTE No. 6A-29 B/ EL BOSQUE, TEL. 3152585697**, PROFESION U OFICIO: **empleada**. De nacionalidad COLOMBIANA, de estado civil: **Soltera,** quien con previa advertencia sobre las implicaciones contempladas en el **Art. 442 del CÓDIGO PENAL,** sobre el falso testimonio y bajo la gravedad de juramento deja expresa constancia de lo siguiente: **PRIMERA:** Que todas las declaraciones que se presentan en este instrumento se rinden bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrean jurar en falso. **SEGUNDA:** Que no tiene ninguna clase de impedimento para rendir éstas declaraciones juramentadas, las cuales hace bajo su única y entera responsabilidad. **TERCERA:** Que las declaraciones aquí rendidas son libres de todo apremio y espontánea y versan sobre los hechos de los cuales da plena fe y testimonio en razón que le consta personalmente. **CUARTA:** Con el fin de presentar **para TRÁMITES LEGALES.**

MANIFIESTO:

EN CALIDAD DE MADRE DEL NIÑO, JUAN MANUEL JARAMILLO ANDRADE, IDENTIFICADO CON LA TARJETA DE IDENTIDAD N° 1.117.032.140 DE CALI, ACTUALMENTE CON OCHO (8) AÑOS DE EDAD, QUE MI HIJO DEPENDE DIRECTA Y ECONÓMICAMENTE DE MI, YA QUE SOY YO, QUIEN LE PROPORCIONO TODO LO NECESARIO PARA SU BIENESTAR, SOSTENIMIENTO Y MANUTENCIÓN (VIVIENDA, ALIMENTACIÓN, SALUD, ESTUDIO, VESTUARIO Y GASTOS EN GENERAL).

ESO ES TODO ----------

NOTA: ESTA DECLARACIÓN SE EFECTÚA A INSISTENCIA DEL INTERESADO A QUIEN SE LE INFORMÓ SOBRE LA PROHIBICIÓN CONTENIDA EN EL ARTÍCULO 7 DEL DECRETO No. 019 DE 2012.

NOTA : LA (EL) DECLARANTE MANIFIESTA QUE, LEÍDA Y REVISADA LA PRESENTE DECLARACIÓN EXTRAJUICIO CON FINES EXTRAPROCESALES, LA ENCUENTRA CORRECTA EN SU CONTENIDO, NO OBSERVANDO ERROR ALGUNO EN ELLA.

RESOLUCION No. 00585 DEL 24 DE ENERO DEL 2025. VALOR DE LA DECLARACION EXTRAJUICIOS $18.900 VALOR IVA $3.591 TOTAL $22.491 Declaración TOMADA HACIENDO USO DEL ARTICULO 83 DE LA CONSTITUCION NACIONAL.

notaría 5

Gloria Marina Restrepo Campo
Calle 29 Norte No. 6AN-35 - Teléfono: PBX. (60) (2) 6410608

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO PARA FINES EXTRA PROCESALES

(DECRETO 1557 DEL 14 DE JULIO DE 1.989 ARTICULO 1)

DECLARANTE:

ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA

C.C. 1.114.121.780 BOLIVAR.

Ximena Morales Restrepo
NOTARIA 5 (E) DEL CIRCULO DE CALI

XIMENA MORALES RESTREPO

NOTARIA QUINTA (5) ENCARGADA DEL CIRCULO DE CALI

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL Y RECONOCIMIENTO
Identificación Biométrica Decreto-Ley 019 de 2012
Cali, 2025-09-03 10:37:59
Ante XIMENA MORALES RESTREPO NOTARIA 5 (E) DEL CIRCULO DE CALI compareció:
ANDRADE MUÑOZ JULIANA PAOLA
Identificado con C.C. 1114121780

Quien declaró que las firmas de este documento son suyas, el contenido del mismo es cierto y autorizó el tratamiento de sus datos personales al ser verificada su identidad cotejando sus huellas digitales y datos biograficos contra la base de datos de la Registraduria Nacional del Estado Civil. Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento. Codigo x6bsr



X

Firma compareciente

notaría 5

177-a27ac252

Ximena Morales Restrepo
NOTARIA 5 (E) DEL CIRCULO DE CALI

RESOLUCION No. 00585 DEL 24 DE ENERO DEL 2025. VALOR DE LA DECLARACION EXTRAJUICIOS $18.900 VALOR IVA $3.591 TOTAL $22.491 Declaración TOMADA HACIENDO USO DEL ARTICULO 83 DE LA CONSTITUCION NACIONAL.