

Reporte de Transferencias SPEIBANCO MERCANTIL DEL NORTE S.A.
RFC: BMN-930209-927

07/02/2024 09:29

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| Cuenta/ CLABE Ordenante | 1037831975 |
| Nombre del Ordenante | MUNICIPIO DE CATORCE SLP |
| RFC o CURP del Ordenante | MCA850101AC2 |
| Moneda | MXP |
| ID Tercero | FUNRAMGAR |
| Nombre del Beneficiario | JOSE NATIVIDAD RAMIREZ GARCIA |
| Cuenta/CLABE/Celular | 002709701754369187 |
| RFC Beneficiario | RAGN360908NL4 |
| Banco Destino | BANAMEX |
| Importe a Transferir | \$4,640.00 |
| IVA | \$0.00 |
| Fecha Aplicación | 07/02/2024 |
| Número de Referencia | 267 |
| Propósito de la Transferencia | PAGO APOYOGTOSFUNERSANTOSMONCADA |
| Clave de Rastreo | 8846APR2202402072836587640 |
| Confirmación | OK. OPERACION EFECTUADA |
| Comisión | \$5.00 |
| IVA Comisión | \$0.80 |
| Capturó | FRANCISCO DANIEL RAMIREZ MORENO |
| Fecha Captura | 07/02/2024 09:27:58 a. m. |
| Ejecutó | FRANCISCO DANIEL RAMIREZ MORENO |
| Fecha de Ejecución | 07/02/2024 09:29:02 a. m. |
| Autorizó 1: | |
| Fecha Autorización 1: | |
| Autorizó 2: | |
| Fecha Autorización 2: | |
| Autorizó 3: | |
| Fecha Autorización 3: | |
| AutExcepción 1: | |
| Fecha AutExcepción 1: | |
| AutExcepción 2: | |
| Fecha AutExcepción 2: | |
| Modo de Ejecución | Individual |
| Nombre del Archivo | |

Nota: Si su operación es en línea, el comprobante electrónico de pago (CEP) estará disponible en 5 minutos a partir de su aplicación, en caso de ser operación programada o recurrente, favor de revisar en la fecha de aplicación de la operación el resultado de la misma e imprimir su comprobante definitivo. La ruta para descargar el comprobante es: Consultas > Comprobante Electrónico de Pagos SPEI / SPID.

Operación realizada a través de los equipos de computo que procesan las peticiones de la Banca por Internet y que se ubican en la ciudad de México, D.F.

Para el caso de aclaración respecto a la operación celebrada, se podrá acudir a la Unidad Especializada de Atención a Aclaraciones de la Institución, según corresponda al lugar de celebración de la operación, o solicitarla a través de los siguientes teléfonos, en un lapso no mayor a 90 días naturales a partir de la fecha señalada en el presente comprobante:

México D.F. (55) 5140 5600 - Monterrey (81) 8156 9600 ? Guadalajara (33) 3669 9000 - Resto del país 01 800 226 6783

Factura A 267

JOSE NATIVIDAD RAMIREZ GARCIA

RFC: RAGN360908NL4 Tipo de comprobante : I - Ingreso

No de serie del Certificado del CSD: 00001000000504355077

Folio Fiscal: 6183da44-6700-4449-a4cb-b097e235043c

Régimen: 612 - Personas Físicas con Actividades Empresariales y Profesionales

DATOS DEL CLIENTE

MUNICIPIO DE CATORCE

RFC: MCA850101AC2

Uso CFDI: G03 - Gastos en general

Domicilio: 78550 Régimen: 603 - Personas Morales con Fines no Lucrativos

EXPEDIDO EN

CP:78700

Fecha y hora de emisión: 2023-12-20T12:17:50

| Cantidad | U Medida | Descripción | V Unitario | Impuestos | Importe |
|----------|-------------------|---|------------|---|----------|
| 1 | E48 - SERVICIO | 85171500 - SERVICIO FUNERARIO PERSONA FALLECIDA: SANTOS MONCADA SANCHEZ | 4,000.00 | 02-Sí objeto de impuesto 002 - IVA: 640.00 | 4,000.00 |

SubTotal \$ 4,000.00
+IVA 16% \$ 640.00
=TOTAL \$ 4,640.00

CANTIDAD CON LETRA : CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS 00/100 MXN
MONEDA : MXN - Peso Mexicano | METODO PAGO : PUE - Pago en una sola exhibición | FORMA PAGO : 03 - Transferencia
electrónica de fondos
FECHA TIMBRADO : 2023-12-20T12:19:51
No de Serie del Certificado del SAT : 00001000000507247013

Sello Digital del CFDI

DySNMDEqWftmiPEJAYfOBKkPY9k3XNMiUss2DWamLQL22T0shN25zNueue/Yz0juEZY/3n8QEMAIAgbB4aBupURKsbLpBQun1aQ
E0KmoX4/SR1x3wiXBO/LPwR6R4db5I2MNrr7EQQV7ki2CZbfV4JbUcEEkkGar7HRuMh8biYZGHh/DhLXcCIAgNTJ/hbys2aibot2JF/u7n
M2mzAHvd4aOA+Um/R3UasPGSYaVujL0tw/22KcGO0+wFFfB/IM/E3Miwg7BZleFzPbLsUuHBZOxjrXVLUzPz/ozYnNmHm0FaGIE3W
M7VDestQ6I5sniUM0UEAdIUbzUw/F3F0xAA==

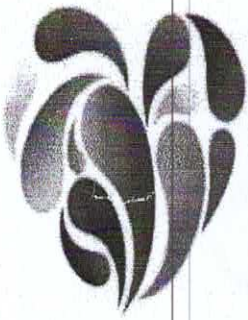
Sello Digital del SAT

ICQhrjYqt7v3ZR4PmJXsB5oUrdC6YvUmOksQUx7zxpJ/LrEYopmqzvxhrohQDQ6Yw03zY0QXEWHSItq1fUAF+KtveDzV7XrGdHxO+
hSnl5f1r5lkdNf2mdYg9zQPvnK7nF9euLBJf9kAKXiVgAlJWxNx7CWDtbi7O4cqso1BZZUxWdR6WJSSSTXX+gmQQLNcm/Wcq4rybt/4
KlfQsuczLEccxFeEK5DsSHsR1uFZcQiaKPB3Qm0QhOfeVCOjPAuQufmsyR14L9IHqY4xJQSII2GI7KGiox3xdZdyHmlEGxfpbVgq3z
Moc+Imr6CbqLAI8rpSEN5TrWKOCXA==

Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT

||1.1|6183da44-6700-4449-a4cb-b097e235043c|2023-12-
20T12:19:51|CAD100607RY8|DySNMDEqWftmiPEJAYfOBKkPY9k3XNMiUss2DWamLQL22T0shN25zNueue/Yz0juEZY/3n8QEMAIA
gbB4aBupURKsbLpBQun1aQE0KmoX4/SR1x3wiXBO/LPwR6R4db5I2MNrr7EQQV7ki2CZbfV4JbUcEEkkGar7HRuMh8biYZGHh/DhLXcCIAgNTJ/hbys2aibot2JF/u7nM2mzAHvd4aOA+Um/R3UasPGSYaVujL0
tw/22KcGO0+wFFfB/IM/E3Miwg7BZleFzPbLsUuHBZOxjrXVLUzPz/ozYnNmHm0FaGIE3WM7VDestQ6I5sniUM0UEAdIUbzUw/F3F0xAA==|00001000000507247013|]





**MÁS
HECHOS
PARA CRECER**
AYUNTAMIENTO DE CATORCE 2021-2024

REAL DE CATORCE, S.L.P. A 20 DE Diciembre DEL 2023

ASUNTO: SOLICITUD

C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTE MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.
P R E S E N T E.-

POR MEDIO DEL PRESENTE Y DE LA MANERA MÁS ATENTA LE
SOLICITO A USTED:

Apoyo Funerario para el sr. Santos
Mançada Sanchez. para su traslado a el
donde sería su ultima morada en el
Cementerio de Real de Catorce, S.L.P. desde
la Comunidad de Patrenillos Mpio. de Catorce
la Cantidad de \$ 4640⁰⁰

ESPERANDO UNA RESPUESTA FAVORABLE A MI SOLICITUD

ATENTAMENTE

J. SANTOS SANCHEZ MANÇADA



REAL DE CATORCE, S.L.P. A 20 DE Diciembre DEL 2023.

ASUNTO: AGRADECIMIENTO

C. MARIA GUADALUPE CARRILLO RODRIGUEZ
PRESIDENTE MUNICIPAL DE CATORCE, S.L.P.
P R E S E N T E.-

POR MEDIO DEL PRESENTE Y DE LA MANERA MAS ATENTA LE
AGRADESCO A USTED:

El apoyo para el traslado de el
Sr. Santos Moncada Sanchez a el lugar
para llevar a cabo el Funeral de Patrerillos
a Real de Catorce, S.L.P. gracias por su
apoyo de la Cantidad de \$ 4640.00

ENVIANDOLE UN COORDIAL Y AFECTUOSO SALUDO..

ATENTAMENTE

J. Santos Sánchez Moncada

FOLIO
A24 1680254



Identificador Electrónico
24007000120230010328

Estados Unidos Mexicanos

Clave Única de Registro de Población
MOSS420329HSPNNN03

Acta de Defunción

N° de Certificado de Defunción de la SSA
230783665

Entidad de Registro
SAN LUIS POTOSI

Municipio de Registro

CEDRAL

| Oficialía | Libro | Acta | Fecha de Registro |
|-----------|-------|------|-------------------|
| 0001 | 5 | 108 | 22/12/2023 |

Datos de la Persona Fallecida:

SANTOS
Nombre(s):

MONCADA
Primer Apellido:

SANCHEZ
Segundo Apellido:

HOMBRE
Sexo:

VIUDO(A)
Estado Civil:

29/03/1942
Fecha de Nacimiento:

CATORCE, SAN LUIS POTOSI
Lugar de Nacimiento:

Entidad de Registro de Nacimiento:

MEXICANA
Nacionalidad:

Datos de la Defunción:

16/12/2023
Fecha:

19:20:00
Hora:

CARRETERA VILLA DE LA PAZ, 801, COLONIA MATEHUALA,
MATEHUALA, MATEHUALA, SAN LUIS POTOSI, MEXICO
Lugar:

INHUMACIÓN
Destino del Cadáver:

EVENTO VASCULAR ISQUEMICO IZQUIERDO, INSUFICIENCIA CARDIOVASCULAR CONGESTIVA, E CUADRO PULMONAR, HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA

Causas de la Defunción:

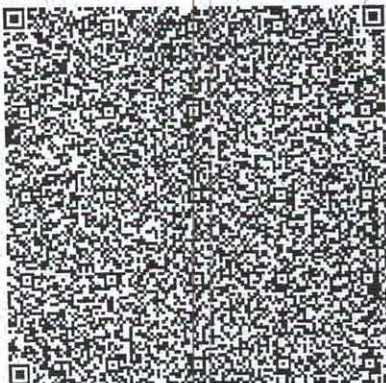
Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los artículos 2, 18, 29 fracción VIII y 61 de la Ley del Registro Civil del Estado de San Luis Potosí y el artículo 51 del Reglamento de la Ley del Registro Civil del Estado de San Luis Potosí. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A LOS 22 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2023. DOY FE.



Código de Verificación

22400700012023001080



Firma Electrónica:

VG 9t bz p8 TG ll cm 86 NX xG b2 ph On xB Y3 Rh Oj Ew OH xF bn Rp ZG Fk
OI NB TI BM VU IT IF BP VE 9T SX xN dW 5p Y2 lw aW 86 Q0 VE Uk FM FE
Zp bm Fk bz pT QU 5U T1 Mg TU 9O Q0 FE QS BT QU 5D SE Va IE 0g Mj kv

Código QR



LIC. LORENZO LEIJA CAMARILLO
OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

DE SUJETOS OBLIGADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSICION DE LOS PARTICULARES

DE LA (DEL) FALLECIDO/A

DE LA DEFUNCION

ACCIDENTAL O VIOLENTA

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO/A <u>Santos</u> <u>de la Cruz</u> <u>Sanchez</u> Nombre (s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país, si nació en el extranjero <u>San Luis Potosí</u> | |
| 2. FECHA DE NACIMIENTO <u>28</u> <u>03</u> <u>1942</u> Día Mes Año | | 3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 5. CURP <u>M</u> <u>D</u> <u>S</u> <u>S</u> <u>4</u> <u>2</u> <u>0</u> <u>3</u> <u>2</u> <u>9</u> <u>H</u> <u>S</u> <u>P</u> <u>N</u> <u>N</u> <u>0</u> <u>3</u> | | 6. ¿SE LE RECONOCIÓ COMO AFROMEXICANA/O? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> *Especifique: | | 9. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: | |
| 10. EDAD CUMPLIDA Para menores de 28 días de nacida/o anote: 10.1 Folio del Certificado de Nacimiento 10.2 Semanas de gestación 10.3 Peso al nacer (gramos) | | 11. SITUACIÓN CONYUGAL Soltera/o <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casada/o <input type="radio"/> Separada/o <input type="radio"/> Divorciada/o <input type="radio"/> Viuda/o <input checked="" type="radio"/> | |
| 12. RESIDENCIA HABITUAL. Añote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o <u>Colle</u> <u>Wenceslao Victoria</u> <u>467</u> 12.1 Tipo de vialidad 12.2 Nombre de la vialidad 12.3 Núm. Ext. 12.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> <u>Autobuseta</u> <u>San Luis Potosí</u> 12.5 Tipo de asentamiento humano 12.6 Nombre del asentamiento humano 12.7 Código Postal <u>Cedral</u> <u>Cedral</u> <u>San Luis Potosí</u> 12.8 Localidad 12.9 Municipio o Alcaldía 12.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero) | | 13. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 13.1 La escolaridad seleccionada es: 14. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 14.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> <u>journalero</u> | |
| 15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> ISSFAM <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> *Especifique: | | 15.1 Número de seguridad social o afiliación | |
| 16. NOMBRE <u>Alejo</u> <u>Sanchez</u> <u>de la Cruz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido | | 17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDO/A <u>Hija</u> | |
| 18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE <u>[Firma]</u> | | 18. FIRMA DE LA (DEL) INFORMANTE | |
| 19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> Otra unidad médica pública <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <u>Hospital General de Especialidades</u> 19.1 Nombre de la unidad médica 19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | Via pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>Corretan</u> <u>Villa de la Paz</u> <u>601</u> 20.1 Tipo de vialidad 20.2 Nombre de la vialidad 20.3 Núm. Ext. 20.4 Núm. Int. <u>Colonia</u> <u>Botones</u> <u>San Luis Potosí</u> 20.5 Tipo de asentamiento humano 20.6 Nombre del asentamiento humano 20.7 Código Postal <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> <u>San Luis Potosí</u> 20.8 Localidad 20.9 Municipio o Alcaldía 20.10 Entidad federativa | | | |
| 21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN <u>16</u> <u>12</u> <u>20</u> <u>13</u> Día Mes Año <u>1</u> <u>12</u> Horas Minutos | | 22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.1 Fecha de cirugía 23.2 Motivo de cirugía | | 24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | |
| 25. TIPO DE DEFUNCIÓN Enfermedad <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Agresión <input type="radio"/> Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> Intervención legal <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | | |
| 26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Reporte la enfermedad o condición causante directamente de defunción en línea a) a) <u>Evento vascular hemorrágico e isquémico</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Insuficiencia cardíaca congestiva</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Edema pulmonar</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión arterial sistólica</u> PARTE II . Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción. (el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico) | | Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción. Código CIE 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CÓDIGO ADICIONAL | |
| 27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | 28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción <input type="radio"/> 28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | |
| 29. ¿LA (EL) FALLECIDO/A PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 29.1 ¿Fue donadora/or de órganos? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | | 30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN 30.1 CÓDIGO ADICIONAL | |
| 31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> | | 32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> | |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: Investigación pendiente <input type="radio"/> No puede determinarse <input type="radio"/> | | | |
| 34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/O AGRESORA/OR CON LA (EL) FALLECIDO/A | | 35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO): | |
| 36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA) <u>Colle</u> <u>Wenceslao Victoria</u> <u>467</u> 36.1 Tipo de vialidad 36.2 Nombre de la vialidad 36.3 Núm. Ext. 36.4 Núm. Int. | | | |

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

SEMO
SEMO

 NOMBRE
SANCHEZ
MONCADA
J. SANTOS

SEXO H



DOMICILIO
C/LA CAPILLA 4
LOC POTRERILLOS 78563
CATORCE, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR SNMNJX77050724H200

CURP SAMS770507HSPNNN03

AÑO DE REGISTRO 1998 03


FECHA DE NACIMIENTO 07/05/1977


SECCIÓN 0108


VIGENCIA 2020 - 2030


J. Santos Sanchez

INE










0002918



Usted es el responsable de la conservación de esta credencial y de su uso correcto.

IDMEX2040311832<<0108051685144
7705072H3012316MEX<03<<00796<4
SANCHEZ<MONCADA<<J<SANTOS<<<<<

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
MONCADA
SANCHEZ
SANTOS

FECHA DE NACIMIENTO
29/03/1942

SEXO H

DOMICILIO
C WENCESLAO VICTORIA SOTO 467
COL ANTORCHISTA 78520
CEDRAL, S.L.P.

CLAVE DE ELECTOR MNSNSN42032924H300

CURP MOSS420329HSPNNN03 AÑO DE REGISTRO 1991 02

ESTADO 24 MUNICIPIO 007 SECCIÓN 0122

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2019 VIGENCIA 2029

INE

+

EL SERVICIO NACIONAL ELECTORAL
DEL INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1860882069<<0122031815803
4203290H2912316MEX<02<<00702<1
MONCADA<SANCHEZ<<SANTOS<<<<<<<<