"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Ramón Castilla, 02 de diciembre del 2025

OFICIO Nº 0076-2024/D.I.E Nº 0237 "JSM"-RC

SEÑOR : Prof. Luis Alberto Navarro Saavedra
Directora de la UGEL – El Dorado

ASUNTO : **Informe sobre conformación del "Comité de Alimentación Escolar" (CAE) I.E. N° 0237 "José de San Martín" Nivel Primaria, para el año 2025**

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente a nombre de la Dirección de la I.E Nº 0237 "José de San Martin" del Caserío de Ramón Castilla, Distrito de Santa Rosa, Provincia de El Dorado, región San Martín.

Al mismo tiempo atendiendo al protocolo aprobado con la RDE 485-2023 – MIDIS/PNAEQW-DE, protocolo para la conformación y actualización del CAE 2025, la R.M Nº 587-2023-MINEDU Lineamientos para la prestación del servicio educativo en instituciones y programas educativos de Educación Básica para el año 2024; hago llegar la conformación del **"Comité de Alimentación Escolar" (CAE) Nivel Primaria**, que estarán ejerciendo sus funciones el próximo **Año Escolar 2025**.

Agradeciéndole por anticipado la atención a la presente, me suscribo de usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

I.E. N° 0237 "JOSE DE SAN MARTIN" DIRECCION RAMON CASTILLA SANTA ROSA

Prof. Yandel Estela Fernández
DIRECTOR(D)

ANEXO N°1

PERÚ · Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social · Viceministerio de Prestaciones Sociales · Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA		PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-001
Versión Nº: 10	ACTA DE CONFORMACIÓN/ACTUALIZACIÓN Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	Página 1 de 1

En el centro poblado/sector/urbanización Ramón Castilla del distrito de Santa Rosa, provincia EL DORADO y departamento de SAN MARTÍN.

En el marco de la norma técnica para la cogestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de cogestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 10:00am del día 24 del mes de Noviembre del año 2024, la IE/ PRONOEI 0237 "Jose de san Martín" con código modular N° 0303297, del nivel Primaria, en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la IE la/el Sra./Sr. Ysmael Estela Fernandez con DNI 27419749, se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión, las etapas de la prestación y vigilancia del servicio alimentario, así como **las responsabilidades, funciones e impedimentos** de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar (CAE).
2. Elección de las/los integrantes del CAE, y/o delegación de la presidencia de corresponder, de acuerdo con la normativa del PNAEQW.
3. **Compromiso público** de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y la suscripción de la ficha de datos.

Se inicia la sesión dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del CAE,** los cuales pueden ser voluntarias/os o elegidas/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el CAE de la siguiente forma:

Rol en el CAE	Nombres y apellidos (completos)	DNI N°	Cargo en la IE[1]
Presidenta/e	Ysmael ESTELA FERNANDEZ	27419749	DIRECTOR
Secretaria/o:	Carlos SANDOVAL GARCIA	01162024	PROFESOR
La/el vocal:	Magali Patricia ISUIZA SATALAYA	46349448	MADRE DE FAMILIA
La/el vocal:	Nazaria CASTILLO QUIÑONES	45048457	MADRE DE FAMILIA
La/el vocal:	Ruller ISUIZA SINARAHUA	42308413	MADRE DE FAMILIA

Con la finalidad de formalizar la conformación/actualización del CAE, se pasa a ejecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los integrantes del CAE, suscritos y verificados los datos y firmas en los formatos correspondientes; siendo las _____horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el presidenta/e de APAFA o representante de las madres y padres de familia, en representación de los presentes y en señal de conformidad.

Prof. Ysmael Estela Fernandez DIRECTOR **Firma y sello de director/a, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE[2]** **Nombres y apellidos:** _____ **DNI:** 27419749	**Firma de presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia[3]** **Nombres y apellidos:** Hilmer Diaz Coronel **DNI:** 41377879

[1] **Director/a, subdirector/a, coordinador/a de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, madre o padre de familia, gestor/a comunitario (ST), personal de cocina, responsable de recepción, según el Cuadro N°2 del presente documento.**

[2] El director/a o responsable de la IE o docente coordinador/a del PRONOEI debe consignar su firma y el sello de la IE.

[3] Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello).

Para la actualización del CAE: cuando ÚNICAMENTE se actualiza el cargo de presidenta/e y este recae en el/la director/a o quien haga sus veces, no se requiere la firma del presidente de la APAFA o representante de las madres o padres de familia.

ANEXO N°2

PERÚ – Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Viceministerio de Prestaciones Sociales – Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10 — FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	Página 1 de 1

Fecha: 02 / 12 /2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e		Secretaria/o		La/el Vocal 1		La/el Vocal 2		La/el Vocal 3	
	X								

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

Ysmael	ESTELA	FERNANDEZ
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		DISCAPACIDAD[4]	LENGUA MATERNA[5]
19	01	1969	X	F	6	1
DIA	MES	AÑO				

-	27419749	- . -
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA		N° TELEFONO DOMICILIO

DIRECTOR	942960849
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL (X) OTRO (__)

ysmaelestela@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

Jr. San Juan S/N.
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

Prof. Ysmael Estela Fernández DIRECTOR **Firma y sello[6] de presidenta/e** **Nombres y apellidos:** **DNI:** 27419749	**FIRMA O HUELLA DACTILAR[7] del integrante** **Nombres y apellidos:** Ysmael Estela Fernández **DNI:** 27419749

[4] Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

[5] Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: *"La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno"*. Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(6), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Metsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

[6] **En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.**

[7] **ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.**

ANEXO N°2

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social / Viceministerio de Prestaciones Sociales / Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión Nº: 10 — FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	Página 1 de 1

Fecha: 02 / 12 /2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e		Secretaria/o	X	La/el Vocal 1		La/el Vocal 2		La/el Vocal 3	

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

CARLOS	SANDOVAL	GARCIA
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		DISCAPACIDAD[4]	LENGUA MATERNA[5]
1 0	1 1	1 9 7 5	X	F	6	1
DIA	MES	AÑO	M			

- 0 1 1 6 2 0 2 4	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	Nº TELEFONO DOMICILIO

PROFESOR	9 2 7 7 2 8 2 6 4
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	Nº CELULAR PERSONAL (X) OTRO (__)

casaga193075@gmail.com
CORREO ELECTRONICO

JR. DOS DE MAYO S/N
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

Prof. Ysmael Estela Fernández DIRECTOR **Firma y sello[6] de presidenta/e** **Nombres y apellidos:** **DNI:** 27419749	**FIRMA O HUELLA DACTILAR[7] del integrante** **Nombres y apellidos:** CARLOS SANDOVAL GARCIA **DNI:** 01162024

[4] Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

[5] Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: *"La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno"*. Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Metsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iñitu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

[6] **En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.**

[7] **ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.**

ANEXO N°2

PERÚ – Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Viceministerio de Prestaciones Sociales – Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR — Página 1 de 1

Fecha: 02 / 12 /2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

La/el Presidenta/e		La/el Secretaria/o		La/el Vocal 1	X	La/el Vocal 2		La/el Vocal 3	

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

MAGALI PATRICIA	ISUIZA	SATALAYA
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		DISCAPACIDAD[4]	LENGUA MATERNA[5]
10	06	1988	M	X	6	1
DÍA	MES	AÑO				

DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	Nº TELEFONO DOMICILIO
-46349448	- . -

CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	Nº CELULAR PERSONAL (X) OTRO (__)
MADRE DE FAMILIA	928310032

CORREO ELECTRONICO

DIRECCIÓN ACTUAL
JR. SAN JUAN S/N.

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

Prof. Ismael Estela Fernández DIRECTOR	
Firma y sello[6] de presidenta/e	**FIRMA O HUELLA DACTILAR[7] del integrante**
Nombres y apellidos:	**Nombres y apellidos:** Magali Patricia ISUIZA SATALAYA
DNI: 27419749	**DNI:** 46349448

[4] Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

[5] Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: *"La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno"*. Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Ikitu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

[6] **En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.**

[7] **ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.**

ANEXO N°2

PERÚ – Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Viceministerio de Prestaciones Sociales – Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión Nº: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	Página 1 de 1

Fecha: 02 / 12 /2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e		Secretaria/o		La/el Vocal 1		La/el Vocal 2	X	La/el Vocal 3	

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

NAZARIA	CASTILLO	QUIÑONES
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO		DISCAPACIDAD[4]	LENGUA MATERNA[5]
03	07	1987	M	X	6	1
DIA	MES	AÑO				

-	45048457	- . -
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA		Nº TELEFONO DOMICILIO

MADRE DE FAMILIA	992921214 5
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	Nº CELULAR PERSONAL (X) OTRO ( )

CORREO ELECTRONICO

JR. SARGENTO LORES S/N.
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

Prof. Ysmael Estela Fernandez DIRECTOR	
Firma y sello[6] de presidenta/e	**FIRMA O HUELLA DACTILAR[7] del integrante**
Nombres y apellidos:	**Nombres y apellidos:** Nazaria CASTILLO QUIÑONES
DNI: 27419749	**DNI:** 45048457

[4] Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

[5] Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: *"La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno"*. Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

[6] **En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.**

[7] **ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.**

ANEXO N°2

PERÚ – Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – Viceministerio de Prestaciones Sociales – Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión Nº: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR — Página 1 de 1

Fecha: 02 / 12 / 2024

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e		Secretaria/o		La/el Vocal 1		La/el Vocal 2		La/el Vocal 3	X

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
X	

DATOS PERSONALES

NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
RULLER	ISUIZA	SINARAHUA

FECHA DE NACIMIENTO (DÍA / MES / AÑO)	GÉNERO	DISCAPACIDAD[4]	LENGUA MATERNA[5]
13 / 12 / 1980	~~M~~ F	6	1

DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	Nº TELEFONO DOMICILIO
- 42308413	- . -

CARGO DENTRO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA	Nº CELULAR PERSONAL (X) OTRO ( )
PADRE DE FAMILIA	930298051

CORREO ELECTRONICO

DIRECCION ACTUAL
JR. MANUEL ISUIZA S/N.

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

Firma y sello[6] de presidenta/e Nombres y apellidos: DNI: 27419749	FIRMA O HUELLA DACTILAR[7] del integrante Nombres y apellidos: Ruller ISUIZA SINARAHUA DNI: 42308413

Prof. Ismael Estela Fernández
DIRECTOR

[4] Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

[5] Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: *"La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno"*. Colocar el número que corresponda:
Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenga (11), Yanesha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

[6] **En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.**

[7] **ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el mismo/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.**