SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **38817-810118** |
| **No. de documento** | **224267** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR | **C.C.** | 14.567.180 | **IP/Nº de contacto** | 23607 |
| **Correo electrónico contratista:** | jmgalvis08@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24102249101 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2233434/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **10821** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.220.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 12.220.000 | **8** | **Del** | **01/09/2021** | **Al** | **30/09/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.320.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.2233434 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1039330495** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.200 | $ 8.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 390.000 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| 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 - 8523 | 6.911,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 19.500,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 3.873.589,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación a los aprendices de grado 10° de las diferentes instituciones educativas.

**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 diligenciados.

**JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR**
**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,

**JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DOCUMENTO ATENDIDO EN
01/Sep/2021 14:29 1317 02 0110 1127645

SISTEMA P.O.S.
COLSUBSIDIO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8842865950
PLANILLA : 1039330495
PERIODO : 2021/08
REFERENCIA 2: 8842865950

| Código | Descripción | Cant | Valor |
|---|---|---|---|
| 693927 | RECAUDO PLA | 1 | 460900 |
| | | | 460900 |

DOCUMENTO

Simple

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2021-09-01, 02:22:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES
**Periodo Cotización:** agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021

**GUARDADA 28/07/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR | | |
| **Documento** | CC14567180 | **Dirección** | CALLE 18 N 4 2 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2126318 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | CARTAGO | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquida
aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán re

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | Salud | | Riesgos | | | Aportes Parafiscales | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | IRL | Días Pens | Días ESS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | Min Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| CC 14567180 | GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 PORVENIR | $ 1.560.000 | $ 249.600 | EPS SANITAS | $ 1.560.000 | $ 195.000 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 1.560.000 | $ 16.300 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 460.900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | $ 0 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 16.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 460.900 | $ 0 | $ 460.900 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 13 |

Periodo cotización salud

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888428659500000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8842865950(3900)0000000(96)20991231

**Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.**



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cartago, Septiembre de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1113859145** | **Valeria Galvis Correa** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1113866070** | **Emanuel Galvis Buritica** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1113866473** | **Samara Galvis Ramírez** | **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: _Johnny Mauricio Galvis Escobar_____

C.C. ___14.567.180_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1113859145 NH

Indicativo Serial 34865369

*34865369*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

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

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GALVIS | CORREA |

Nombre(s): VALERIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2004 Mes DIC Día 17 | FEMENINO | A | + |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA COMFAMILIAR COLOMBIA VALLE CARTAGO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 5866567 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: CORREA MORENO HEIDY JHOHANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC# 31.435.125 DE CARTAGO VALLE | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC# 14.567.180 de CARTAGO VALLE | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC# 14.567.180 DE CARTAGO VALLE | Johnny M. Galvis E. |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. X

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. |

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2004 Mes DIC Día 29 | DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Johnny Mauricio Galvis E.<br>Firma | DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 175 457-5

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

tomo 473

34073

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.113.866.070 S.P

Indicativo Serial 51084782

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GALVIS | BURITICA |

Nombre(s): EMANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2012 Mes JUL Día 11 | MASCULINO | A | + |

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

CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 11244368 -4 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: BURITICA VICTORIA LEIDY JHOANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.112.769.292 DE CARTAGO | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO | |

**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 2012 Mes DIC Día 11 | DR. GUILLERMO HEBERT SALCE... |
| | Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA REGISTRO CIVIL NOTARIA PRIMERA CARTAGO VALLE

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.113.866.473 S.P

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51134513

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE CARTAGO

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: GALVIS | Segundo Apellido: RAMIREZ

Nombre(s): SAMARA

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes JUN Día 25 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 11849521 -8

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ RAMIREZ CINDY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1.112.771.210 DE CARTAGO | Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO | Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO | Firma

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | Firma: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. | Firma: X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción: Año 2013 Mes JUL Día 02 | Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO — Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Firma | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner