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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente: 899.999.034-1**
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Diciembre de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	48045-774416
No. de documento	294164

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA BUITRAGO BEJARANO	**C.C.**	1.115.066.543	**IP/Nº de contacto**	3164479873
Correo electrónico contratista:	psicarolinabuitrago@hotmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0846044659

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:	2785973/2021		**Nº Compromiso SIIF**	83521	
Valor Total del Contrato	$ 15.551.238	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.413.123	5	**Del** 01/12/2021	**Al** 18/12/2021	$ 2.413.123,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUC-TOR, PARA ORIENTAR PROCESOS DE FORMACIÓN EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE Y SUR DEL META. RADICADO N 9-2021-002441.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.413.123		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	**$ 2.413.123**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.422.458**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		9427504079
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 965.249	$ 1.608.749
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 120.700	$ 201.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 154.500	$ 257.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 5.100	$ 8.400
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	$ 241.312	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 474.153	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.422.458,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.137.923,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	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	**$ 2.413.123,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TRECE MIL CIENTO VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Tecnólogo en gestión de talento humano:
Mantenimiento de motocicletas y motocarros
Tecnólogo en gestión de empresas agropecuaria
planeación de cronogramas y programas a impartir formación, organización de guias y material de apoyo para la formación

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.

CAROLINA BUITRAGO BEJARANO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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 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,

EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

SENA	Versión: 04 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	SAN JOSE DEL GUAVIARE	**FECHA**	**15 DE DICIEMBRE DE 2021**	**REGIONAL**	**GUAVIARE**	**1.115.066.543**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**CARRERA 19C N 16- 48 SENA Regional Guaviare**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			**CO1.PCCNTR. 2785973 del 24 de Agosto de 2021**			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**Edwin Enrique Buchely Moreno**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS -ADMINISTRACION EDUCATIVA		**Jenny Catherine Rodriguez Almanza**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)		**Edgar Augusto Braga Silva**	
ALMACÉN E INVENTARIOS			
CONTABILIDAD		**Claudia Marcela Gaviria Pabón**	
TESORERIA		**Luz Janeth Conejo Cuan**	Luz Janeth Conejo Cuan
COORDINACION TALENTO HUMANO (Entrega de elementos Brigadistas)		**Juan Carlos Castillo**	Juan Carlos Castillo
COORDINACIÓN ACADEMICA		**Gustavo Adolfo Acosta Rodrigúez**	
BIBLIOTECA		**Lina Marcela Patiño Morales**	
ETAPAS PRODUCTIVAS		**Margarita Cruz Rodriguez**	Margarita Cruz R.
SUPERVISOR DE CONTRATO		**Edgar Augusto Braga Silva**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

	Versión: 04 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

INSTRUCCIONES PARA OBTENER LIQUIDACIÓN

1. Procesos a realizar para el Grupo Almacén e Inventarios.

GRUPO DE ALMANECE E INVENTARIOS		ENTREGÓ	
		SI	NO
Equipo de computo con sus accesorios (impresora y escaner)		N/A	N/A
Equipos de comunicación (fijos y movilies)		N/A	N/A
Mobiliario (Sillas, escritorior, archivadores, locker, decansa pies, base para computador, tablero, entre otros)		N/A	N/A
Útiles y accesorios de escritorio (cosedora, perforadora, USB devolutivo)		N/A	N/A
Equipo de video conferencia: video beam, televisores o monitores (con sus accesorios)		N/A	N/A
Demás elementos que le hayan sido entregados para el desempeño de sus funciones		N/A	N/A
Apertura cuentas de responsabilidad por faltantes			X
Cuenta de Responsabilidad Número			X
Fecha:		N/A	N/A

2. Procedimiento Oficina de Sistemas El supervisor del contrato debe registrar el requerimiento en la Mesa de Servicios y relacionar el número del caso en la casilla de la Oficina de Sistemas. (Puede relacionar en un requerimiento a varios cuenta dantes, lo importante es especificar el nombre y la cedula de cada uno de los que finalizan el contrato). Para los responsables en los centros de formación se sugiere que lo firme el encargado de sistemas en representación del grupo el procedimiento seria similar.

V. B
Edwin Yesid Torres O.

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 1115066543 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 92100000534
- 94060000106
- 94060000459
- 94060000464
- 95260000099

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 2 de Diciembre de 2021 a las 08:58:07

V.B
Edwin José Torres O

Documento informativo. Para consultas diríjase a la página https://miinventario.sena.edu.co ingresando el número de documento del cuentadante.

Grupo de Almacenes e Inventarios.
SENA - Dirección General

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1227245735	9427504079	I	2021/12/13	2021/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$475,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,500	$0	$0	$257,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$257,500	$0	$0	$257,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,800	$0	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,100	$0	$0	$201,100
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$201,100	$0	$0	$201,100
TOTAL				1	$475,400	$0	$0	$475,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1227245735	9427504079	I	2021/12/13	2021/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$475,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1115066543	BUITRAGO CAROLINA																		230301	30	$1,608,800	$257,500	EPS018	30	$1,608,800	$201,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,608,800	$16,800	0	$0	$0	No	$475,400
Total	**Afiliados(1)**																						$1,608,800	$257,500			$1,608,800	$201,100			$0	$0			$1,608,800	$16,800		$0	$0		$475,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48 ,	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2021-12	1227646467	9427940802	I	2022/01/13	2021/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$285,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1115066543	BUITRAGO CAROLINA		X																230301	30	$965,300	$154,500	EPS018	30	$965,300	$120,700		0	$0	$0	14-23	30	$965,300	$10,100	0	$0	$0	No	$285,300
Total	**Afiliados(1)**																						$965,300	$154,500			$965,300	$120,700			$0	$0			$965,300	$10,100		$0	$0		$285,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-12	2021-12	1227646467	9427940802	I	2022/01/13	2021/12/02	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$285,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$154,500	$0	$0	$154,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$154,500	$0	$0	$154,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,100	$0	$0	$10,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,100	$0	$0	$10,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,700	$0	$0	$120,700
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$120,700	$0	$0	$120,700
TOTAL				1	$285,300	$0	$0	$285,300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 15 de diciembre 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:

T.I.	**1112154836**	**MARIA PAULA OLAYA BUITRAGO**	**HIJO**

NIT	**1120582078**	**RAFAEL ALEJANDRO OLAYA BUITRAGO**	**HIJO**

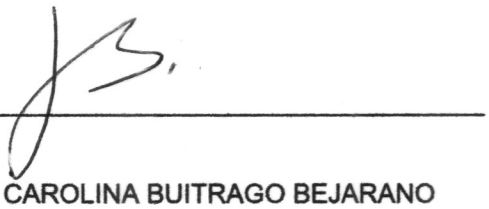
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO

C.C. 1115066543 De Buga Valle del Cauca

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1112154836

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43692993

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 2 P

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	BUITRAGO

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ENERO Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA. HOSPITAL SAN JOSE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO-	51884364-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 1.115.066.543 DE BUGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 1.115.066.470 DE BUGA-	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 1.115.066.543 DE BUGA	Carolina Buitrago

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

CLBH

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes ENERO Día 28	Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma: Federico Olaya Martinez

Nombre y firma

LIBRO DE VARIOS # 6 FOLIO # 25

ESPACIO PARA NOTAS

TRÁMITES LEGALES

Notaría 1

LA NOTARÍA PRIMERA DE BUGA VALLE
GRATIFICA

Que el presente registro civil es fiel y auténtica copia de su original que aparece en el libro, Indicativo serial 43692993 de esta Notaría. Decreto 1260/70 Art. 115.
Se expide hoy 10 NOV 2015
Doy fe,

MIGUEL ALFREDO LEDESMA CHAVARRO
Notario 1° de Guadalajara de Buga Valle

ESPACIO PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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

NUIP 1.120.582.078

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51938630

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	BUITRAGO

Nombre(s)

RAFAEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAY Día 03	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52701892-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BUITRAGO HEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.066.543	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.066.470	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLAYA MARTINEZ FEDERICO

CC 1.115.066.470

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 2016 Mes MAY Día 05	JORGE MILLER VEGA DIAZ (E) REGI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

.51938630.