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 CÓRDOBA**
**CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS A**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **23** |
| **Código Centro** | **952310** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **11960-427822** |
| **No. de documento** | **380112** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUCIA YANETH VILLADIEGO HAMON | **C.C.** | 50.892.957 | **IP/Nº de contacto** | 44360 |
| **Correo electrónico contratista:** | lyvilladiego@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 2021 fueron iguales o superiores** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24481441851 | |
| **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 2022 supera los $ 125'413.200** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 3192869/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **19522** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.800.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 34.200.000 | **2** | **Del** | **01/03/2022** | **Al** | **31/03/2022** | **$ 3.600.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 30.600.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUST

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.600.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 3,44% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 151.857 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.600.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.200.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.409.625** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 151.857** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4438411462** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.440.000 | $ 1.440.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 180.000 | $ 180.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 230.400 | $ 230.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.600 | $ 7.600 |
| 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 $ 3.800.400 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 83.400 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 106.700 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 7.000 | |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ 720.000 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 1.469.875 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 4.409.625,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.189.600,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 151.857,00 | 3,44% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 6.379,00 | 0,200% |
| - | 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** | **$ 3.441.764,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Oferta Regular
Planear procesos formativos de acuerdo al programa de formación y a los lineamientos institucionales. Ejecutar la Formación Profesional de acuerdo al programa de formación asignado, para el logro de los resultado de aprendizaje definidos conforme a los requerimientos del Gobierno Nacional COVID-19. Emitir los Juicios evaluativos de cada aprendiz. Diligenciar todos los documentos soportes del proceso de Formación Profesional publicados en la plataforma SIGA. Atender las solicitudes realizadas por el Supervisor del contrato. Cumplir las horas asignadas mensualmente por el Supervisor, según plan de contratación. Subir los documentos soportes del pago de la seguridad social a plataforma SECOP II. Cumplir con todo el Protocolo de Bioseguridad y SST y los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional, frente la pandemia del COVID 19. Fichas en las que se planeó y ejecutó la FPI: 2451845 y 2367608 Técnico en Construcción de Edificaciones; 2347864 Técnico en Servicio de Restaurante y Bar; 2396066 Técnico en Elaboración de prendas de vestir.

**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.

**LUCIA YANETH VILLADIEGO HAMON**
**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,

**NASLY LOPEZ CASTELLAR**
**PROFESIONAL G03**

**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**

**AURA JOSEFINA MIRANDA MENDOZA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50892957 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUCIA YANETH VILLADIEGO HAMON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 5 23 26 | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4438411462** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/03/16 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9999152543 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 230.400 | $ 0 | $ 230.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 230.400** | **$ 0** | **$ 230.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 180.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 180.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 15.100 | $ 15.100 | $ 0 | $ 0 | $ 15.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 15.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 15.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50892957 | VILLADIEGO HAMON LUCIA YANETH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.440.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 230.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.440.000 | $ 180.000 | $ 0 | $ 180.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.440.000 | 50892957 | $ 15.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL** **$ 425.500**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50892957 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUCIA YANETH VILLADIEGO HAMON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 5 23 26 | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4438411462** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/03/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9999152543 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 230.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 230.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 180.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 180.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 15.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 15.100** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 425.500** |



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 9c No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9192111E5C DV: 764417

Cajero: JCASTILLO

Cliente beneficiario:
10263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/03/2022 10:30:59

PS Recaudador:
141510 CALLE 26 GOBERNACION ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 50892957

Nombre: LUCIA
Apellido 1: VILLADIEGO
Apellido 2: AAAAAAAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 00000000000
Codigo Planilla: 4438411462
Periodo Pago: 2022/02
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
50892957 $425.500,00

Valor recibido: $425.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 17 de marzo de 2022

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.** | **1068422377** | **Isaac David Aguilera Villadiego** | **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: **LUCIA YANETH VILLADIEGO HAMON**

**C.C. 50892957**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1068422377

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41955688

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

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 01 | | | | HZQ |

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

24400 COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| AGUILERA | VILLADIEGO |

Nombre(s)

ISAAC DAVID

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes 03 Día 24 | MASCULINO | A | Positivo |

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

CLINICA MONTERIA COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 51530278-5 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

VILLADIEGO HAMON LUCIA YANETH

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC№50892957 de Montería | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

AGUILERA MARIÑO RAUL ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC№79600085 de Bogotá | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

AGUILERA MARIÑO RAUL ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC№79600085 de Bogotá | |

*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 2009 Mes 003 Día 30 | RAFAEL DURANGO CHAAR<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y Firma |

ESPACIO PARA NOTAS

EJEMPLAR PRIMERO CERTIFICADO
Que la Presente Fotocopia fue tomada de su Original que Reposa en los Archivos del Registro de Nacimiento de esta Notaría
Dado en Montería A los 1 días de ABR 2009
RAFAEL DURANGO CHAAR
Notario

17 ABR 2009

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

*41955688*