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 TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA
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	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**12809-173098**
No. de documento	**622206**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIBNIZ HUXLAY FLOREZ GUZMAN	**C.C.**	1.110.550.709	**IP/Nº de contacto**	192
Correo electrónico contratista:	lhflorez90@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**		86932673063	
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:	3981276/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**470022**	
Valor Total del Contrato	$ 12.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.133.333	**3**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 4.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 133.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES CO1.PCCNTR.3981276 EXPERTO TEMÁTICO, PARA ELABORAR LOS DIFERENTES CONTENIDOS TEMÁTICOS, DOCUMENTOS GENERALES, GUÍAS ENTRE OTROS ASOCIADOS A PROGRAMAS NUEVOS Y/O QUE REQUIERAN ACTUALIZACIÓN DE LA RED DE CONOCIMIENTO, BAJO MODALIDA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.000.000		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	**$ 4.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.358.000**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4473706963**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.600.000	$ 1.600.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.000	$ 200.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 256.000	$ 256.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 400.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 786.000	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.358.000,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.544.000,00	
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 - 7410	14.000,00	0,350%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	840,00	6,000%
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	**$ 3.985.160,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

análisis y revisión del diseño curricular de los programas asignados para la creación de recursos educativos digitales y adecuación
Construir contenido de acuerdo con el diseño curricular entregado en la inducción por parte del SENA.construcción de los textos de su construcción de los textos de su autoría o con las correspondientes citaciones de acuerdo con las normas establecidas.
Elaborar los elementos correspondientes al procedimiento de Desarrollo curricular para los programas asignados.
Trabajar articuladamente con el equipo de producción de contenido instruccional y en general con todos los integrantes del ecosistema.
Seguir las orientaciones, lineamientos, métricas y procedimientos establecidos por el equipo de producción de contenido instruccional.
Realizar las entregas de productos asignados y/o modificaciones a los recursos, en las fechas pactadas de acuerdo con el cronograma.
Asistir a las reuniones y demás jornadas que se programen o sean requeridas por el equipo de producción de contenido instruccional.

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.

LEIBNIZ HUXLAY FLOREZ GUZMAN
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,

MARIA ELENA RODRIGUEZ COLLAZOS
PROFESIONAL G09

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

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110550709
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIBNIZ HUXLAY FLOREZ GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	TORRE 1 APTO 304 CONJUNTO LA MORADA DEL	TELÉFONO:	4444444
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:	**4474100351**			TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2022			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2022
DÍAS DE MORA:	19				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/11/22			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992244913
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4473706963			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA	2022/11/21

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 8.500	$ 200	$ 8.700
SUBTOTALES:										**$ 8.500**	**$ 200**	**$ 8.700**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 6.600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 6.600	$ 200	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:													**$ 6.600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 6.800**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 300	$ 300	$ 100	$ 0	$ 400
SUBTOTALES:									**$ 300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1110550709	FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.546.667				NO							A											230301-PORVENIR	30	$ 1.546.667	$ 247.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.546.667	$ 193.400	$ 0	$ 193.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.546.667	111055070	$ 8.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1110550709	FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.546.667				NO							C		01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.600.000	111055070	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1110550709	FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.546.667				NO							R		01-30									230301-PORVENIR	0	$ 53.333	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 8.500	EPS002-SALUD TOTAL	0	$ 53.333	$ 6.600	$ 0	$ 6.600	14-11 - ARL SURA	0	$ 53.333	111055070	$ 300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 15.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110550709
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIBNIZ HUXLAY FLOREZ GUZMAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	TORRE 1 APTO 304 CONJUNTO LA MORADA DEL	TELÉFONO:	4444444
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:		**4473706963**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		18					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/11/21		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992236131	

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 247.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.500	$ 0	$ 247.500	$ 4.500	$ 252.000
SUBTOTALES:										**$ 247.500**	**$ 4.500**	**$ 252.000**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 193.400	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 193.400	$ 3.500	$ 0	$ 196.900
SUBTOTALES:													**$ 193.400**	**$ 3.500**	**$ 0**	**$ 196.900**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.100	$ 8.100	$ 200	$ 0	$ 8.300
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 8.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP															
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1110550709	FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.546.667				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.546.667	$ 247.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.546.667	$ 193.400	$ 0	$ 193.400	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.546.667	111055070	$ 8.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 457.200**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de Noviembre 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.	**1.104.548.621**	**Marian Sofia Bustos Flórez**	**HIJO**
T.I.	**1.197.467.713**	**Alejandro Bustos Flórez**	**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: Leibniz Huxlay Flórez Guzmán

C.C. 1.110.550.709

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.197.467.713

APELLIDOS / NOMBRES
BUSTOS FLOREZ
ALEJANDRO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
05-SEP-2013
IBAGUE - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN
21-DIC-2021

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

OFICINA DE ENTREGA
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 21-JUN-2022

8503682628
21-DIC-2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.104.548.621

APELLIDOS / NOMBRES
BUSTOS FLOREZ
MARIAN SOFIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
19-ABR-2011
IBAGUE - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN
21-DIC-2021

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

OFICINA DE ENTREGA
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 21-JUN-2022

8503682533
21-DIC-2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197467713

Indicativo Serial 52994595

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E L M

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: BUSTOS * * * * * * *

Segundo Apellido: FLOREZ * * * * * * *

Nombre(s): ALEJANDRO * * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes SEP Día 05

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * * *

Número certificado de nacido vivo: * 11868943-7 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.110.550.709 DE IBAGUE * * * * * * *

Nacionalidad: * COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BUSTOS MOLINA MARIO HUMBERTO * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 5.819.040 * * DE IBAGUE * * * * * * *

Nacionalidad: * COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BUSTOS MOLINA MARIO HUMBERTO * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 5.819.040 * * DE IBAGUE * * * * *

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificación (Clase y número): * * * * * DE * * * * * * * *

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificación (Clase y número): * * * * * D * * * * * * * *

Firma

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes OCT Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma: JOSE NESTOR VARGAS GARCIA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

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 TEL. 430 2110

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE IBAGUE
DORIS MORA ORREGO
NOTARIA

NUIP 1104548621

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44054612

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] **Código** T 1 B

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

COLOMBIA - IBAGUE - TOLIMA ----------

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BUSTOS	FLOREZ

Nombre(s)

MARIAN SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguineo	Factor RH
Año 2011 Mes ABR Día 19	FEMENINO	A	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	10558498-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ GUZMAN LEIBNIZ HUXLAY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI No. 940904-06498 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BUSTOS MOLINA MARIO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 5.819.040 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BUSTOS MOLINA MARIO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. NRO. 5.819.040 DE IBAGUE	

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 2011 Mes ABR Día 25	DORIS MORA ORREGO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-5. 10393 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
DORIS MORA ORREGO
NOTARIA
CIRCULO DE IBAGUE

Scanned by TapScanner