SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**68345-146450**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ	**C.C.**	9.104.509	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	bfoschini9@misena.edu co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 16600030535

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4545085/2023 **Nº Compromiso SIIF** **18923**

Valor Total del Contrato	$ 34.977.167	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.306.167	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 3.557.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.749.167		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 DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA DEL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.557.000		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	**$ 3.557.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.046.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7878337834**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.422.800	$ 1.422.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 177.900	$ 177.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.700	$ 227.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.500	$ 7.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 889.250	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ 60.000	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 355.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 682.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.046.150,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.151.400,00	
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 - 8299	6.303,00	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	**$3.550.697,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se apoya la planeacion y ejecucion de la formación profesional de acuerdo al programa de formación asignado:
Tecnico en sistemas, Ficha: 2467581 2467666 2697764
Se apoya el proceso de elaborar la planeación pedagógica, guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, plan de trabajo y ayudas didactas, requeridos para la ejecución de la formación en los formatos establecidos para tal fin.
Se atenderá el llamado del coordinador, líder o supervisor del contrato cuando sea requerido para reuniones y/o capacitaciones

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.

BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ
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,

ANDRES RICARDO FUENTES DIAZ
INSTRUCTOR

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

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9104509
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ FOSCHINI GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	7923767
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7878337834**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2081318650

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	$ 227.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 0	$ 227.700	$ 3.000	$ 230.700
SUBTOTALES:										**$ 227.700**	**$ 3.000**	**$ 230.700**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 177.900	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 177.900	$ 2.400	$ 0	$ 180.300
SUBTOTALES:													**$ 177.900**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 180.300**

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	$ 7.500	$ 7.500	$ 100	$ 0	$ 7.600
SUBTOTALES:									**$ 7.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.600**

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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 9104509	FOSCHINI GONZALEZ BALDWIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.422.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.422.800	$ 227.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.700	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.422.800	$ 177.900	$ 0	$ 177.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.422.800	9104509	$ 7.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 418.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9104509
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ FOSCHINI GONZALEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	7923767
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7878337834**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2081318650

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.700
SUBTOTAL:			1	**$ 230.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 180.300
SUBTOTAL:			1	**$ 180.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.600
SUBTOTAL:			1	**$ 7.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 413.100**
VALOR MORA:	**$ 5.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 418.600**

CC: 9104509
BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ FOSCHINI GONZA

Pago PSE

Bancolombia

Información

La planilla número **7878337834** fue pagada exitosamente con Número de Autorización 2081318650 y Fecha de Pago mayo 15 de 2023 .

Resumen

		Totales	
		Cotizantes	Total por Pagar
PENSIÓN			
ADMINISTRADORA			
CÓDIGO	NOMBRE		
230301	PORVENIR	1	$ 230.700
SUBTOTAL			$ 230.700
SALUD			
ADMINISTRADORA			
CÓDIGO	NOMBRE		
EPS037	NUEVA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS	1	$ 180.300
SUBTOTAL			$ 180.300
RIESGOS PROFESIONALES			
ADMINISTRADORA			
CÓDIGO	NOMBRE		
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.600
SUBTOTAL			$ 7.600
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR			
ADMINISTRADORA			
CÓDIGO	NOMBRE		
SUBTOTAL			$ 0
OTROS PARAFISCALES			
ADMINISTRADORA			
CÓDIGO	NOMBRE		
PASENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN	0	$ 0
PAICBF	INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR	0	$ 0
PAESAP	ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLI	0	$ 0
PAMIED	MINISTERIO DE EDUCACION	0	$ 0
SUBTOTAL			$ 0

TOTAL PAGADO: $ 418.600

Generar Comprobante de Pago

© Copyrights ACH Colombia ACH COLOMBIA S.A.
Líneas de Atención al cliente: Planilla electrónica Bogotá: 380 8880 - Medellín: 204 0180 - Resto del País: 01 8000 11 0764

Powered By Lucasian Labs S.A.S

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Montería 18 de Mayo de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
MONTERIA

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 empleado(a) contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Tipo de Documento	**NÚMERO**	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**PARENTESCO**
T.I	**1062437530**	**LIANETH FOSCHINI CASTILLA**	**HIJA**
R.C	**1068440505**	**LÍA SOFÍA FOSCHINI CASTILLA**	**HIJA**

Toda vez que:

- Es (son) mi(s) hijo(s) menor(es) de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta. Tarjeta de identidad y registro civil

- Es (son) mi(s) hijo(s) entre los 18 y 23 años, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta, a quien soy el único progenitor que le financió su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente), para lo cual aporto el certificado expedido por la institución educativa. _____

- Es mi hijo mayor de 23 años quien se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, para lo cual aporto, además del registro civil de nacimiento, el dictamen médico expedido por Medicina Legal. _____

- Es mi cónyuge o compañero permanente quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT ($6.979.000), para lo cual aporto, además registro de civil de matrimonio o la manifestación de la convivencia, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal. _____

- Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT ($6.979.000), para lo cual aporto, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además del respectivo registro civil, el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal. _____

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 mi cónyuge LENNY TATIANA CASTILLA SAENZ identificado (a) con la C.C. No. 50928576 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____

FIRMA

Nombre: BALDWIN FOSCHINI GONZALEZ

C.C. 9104509 DE CARTAGENA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.062.437.530**
FOSCHINI CASTILLA

APELLIDOS
LIANETH

NOMBRES
Lianeth

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-SEP-2008**
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
19-SEP-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
11-FEB-2016 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G S RH
F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1300100-00798248-F-1062437530-20160307 0048819013A 1 45869030

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1068440505

Indicativo Serial: 58013033

5801303 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [HZQ]

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

24400 -- 001 -- 13 - COLOMBIA - CORDOBA - Montería

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FOSCHINI	CASTILLA

Nombre(s): LIA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes 001 Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA ZAYMA --- COLOMBIA - CORDOBA - Montería

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14599554-4

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CASTILLA SAENZ LENNY TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNº50.928.576 DE MONTERIA	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: FOSCHINI GONZALEZ BALDWIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNº9.104.509 DE CARTAGENA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FOSCHINI GONZALEZ BALDWIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCNº9.104.509 DE CARTAGENA	

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 2018 Mes 001 Día 29	JOSE FABIO CIFUENTES LEON Nombre y firma

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner