SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**48826-753295**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS VALENCIA VALENCIA	**C.C.**	11.794.679	**IP/Nº de contacto**	3106285507
Correo electrónico contratista:	cvalencia@sena.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: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 979040060

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: 5115383/2023 **Nº Compromiso SIIF** **58223**

Valor Total del Contrato	$ 18.839.154	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.839.154	**1**	**Del**	**29/06/2023**	**Al**	**30/06/2023**	**$ 216.542,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.622.612		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TRECE (13) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ PARA LA VIGENCIA 2023 EN LAS ÁR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 216.542		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	**$ 216.542**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9451869841**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 54.135	$ 6.600	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ 201.900	
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	$ 21.654	
Salud hasta $ 678.592	$ 157.700	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 0	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	0,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8551	0,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	3.248,00	1,500%
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	**$213.294,00**	

SON: DOSCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron las siguientes actividades:
Elaboración y presentación de la Planeación Curricular Técnico de Sistemas con ficha: 2708860
Inducción a Aprendices sobre las plataformas a usar para la formación, normas de comportamiento dentro del ambiente de formación
Metodología de trabajo y formas de evaluacion a utilizar.

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.

CARLOS VALENCIA VALENCIA
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,

JACKSON ARIEL URRUTIA CHALA
INSTRUCTOR G13

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliado(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 11794679
NOMBRES Y APELLIDOS	Valencia Valencia,Carlos
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Valencia Valencia,Carlos , a los 22 días del mes de junio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CARLOS VALENCIA VALENCIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.794.679**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Junio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14529530999

(415)7707212489984(8020) 000001452953099 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1179467	9	Impuestos y Aduanas de Quibdó 18	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1179467 9	1984 09 24

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VALENCIA	VALENCIA	CARLOS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
DENTAR	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Chocó 27	Quibdó 001

41. Dirección principal: CL 28 9 15

42. Correo electrónico: dr.carlosvalencia@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1947	6711346	3106285507

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3319	2005 03 11	8551	2010 01 19				1419	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14529530999

(415)7707212489984(8020) **000001452953099 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 7 9 4 6 7 9	7	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 5 0 3 1 6	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 3 0 6 7 8	
78. Departamento	2 7	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14529530999

(415)7707212489984(8020) **000001452953099 9**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 7 9 4 6 7 9	7	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Mantenimiento y reparación de otros tipos de equipos y sus componentes n. 3 3 1 9

162. Nombre del establecimiento: DENTAR

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

165. Dirección: CR 8 12 26

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre
0 0 0 3 0 6 7 9	2 0 0 5 0 3 1 6	9 4 6 7 2 8 9 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	168. Teléfono	169. Fecha de cierre

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

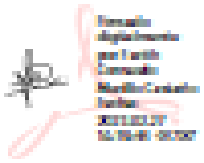
QUIBDO, 27 FEBRERO 2023

Señor(a)

Coordinador(a)

Certifico que el señor(a) CARLOS VALENCIA VALENCIA, identificado con Cedula Ciudadanía Nº 11.794.679, presentó concepto medico ocupacional y los resultados de exámenes requeridos de acuerdo con lo requerido en la Circular 3-2023-000014, para el proceso de contratación, los cuales fueron revisados por Medica de la Regional Chocó.

Atentamente,



Farith Consuelo Murillo Castaño

Médica Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

Sena Regional Chocó

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 29 de agosto de 2023

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.	**1034923348**	**LAIA ISABELA VALENCIA MENA**	**HIJO**
T.I.	**1078457774**	**DIANA CRISTINA VALENCIA SERNA**	**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: CARLOS VALENCIA VALENCIA
C.C. 11.794.679

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Quibdó 24 de julio de 2023.

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 empleado 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, informó que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1034923348**	**LAIA ISABELA VALENCIA MENA**	**HIJO**
T.I.	**1078457774**	**DIANA CRISTINA VALENCIA SERNA**	**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 informó 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: CARLOS VALENCIA VALENCIA.
C.C. Nro.11.794.679

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1034923348

Indicativo Serial 52652400 ge

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 008

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

********** COLOMBIA ********** ANTIOQUIA ********** MEDELLIN **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA**********	MENA**********

Nombre(s)

LAIA ISABELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes OCT Día 22	FEMENINO		

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

**********COLOMBIA ******* ANTIOQUIA ******* MEDELLÍN**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11370414-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENA MARMOLEJO INDIRA VICTORIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 54255936	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11794679	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11794679	

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 OCT Día 25	FABIO ALBERTO ORTEGA MARQUEZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 429 7110

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

SEP 2016

NUIP 1078457774

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35563770

Dic-13-05

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría 2 Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3411

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA	SERNA

Nombre(s)

DIANA CRISTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes DIC Día 05	FEMENINO	X X	X

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO= HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 6898916

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SERNA MATURANA MARIA MAGDALENA

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 35.602.768 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 11.794.679 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
C.C. # 11.794.679 DE QUIBDO	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X	X X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X	X X

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2005 Mes DIC Día 13	BASILIA PALACIOS GARCIA
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

FEGA S.A. NIT. 890.321.151-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

* 3 5 5 6 3 7 7 0 *

NOTARÍA SEGUNDA DEL CIRCUITO [illegible]

Es fiel copia tomada del original que reposa en esta oficina.

Expedido y sellado en [illegible]

Identificado(a) con 25-602-768

Para efectos de [illegible]

Se dealina para demostrar y sello [illegible] valido para el fin señalado. (Art. 1o. Dec. 278 de 1972)

Dado en [illegible]

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 11794679		VALENCIA VALENCIA CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 N 24 - 137 piso 2	QUIBDO-CHOCO	6711825	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	06296165	9451869841	I	2023/06/21	2023/08/22	BANCO DE OCCIDENTE	62	$404,100

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	11794679	VALENCIA VALENCIA CARLOS																		230301	30	$1,299,252	$207,900	EPS005	30	$1,299,252	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,299,252	$6,800	0	$0	$0	No	$377,200
Total	**Afiliados(1)**																						$1,299,252	$207,900			$1,299,252	$162,500			$0	$0			$1,299,252	$6,800		$0	$0		$377,200

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 11794679		VALENCIA VALENCIA CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 N 24 - 137 piso 2	QUIBDO-CHOCO	6711825	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	06296165	9451869841	I	2023/06/21	2023/08/22	BANCO DE OCCIDENTE	62	$404,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,900	$14,800	$0	$222,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$207,900	$14,800	$0	$222,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$500	$0	$7,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$500	$0	$7,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$11,600	$0	$174,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$11,600	$0	$174,100
TOTAL				**1**	**$377,200**	**$26,900**	**$0**	**$404,100**