SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**25015-177005**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AURA MATILDE CARRERO USSA	**C.C.**	52.191.061	**IP/Nº de contacto**	17011
Correo electrónico contratista:	acarrero@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 004200103242

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: 4629648/2023 **Nº Compromiso SIIF** **46623**

Valor Total del Contrato	$ 39.448.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.878.500	**7**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.783.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS CLAVES EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.095.000		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	**$ 4.095.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.407.500**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**70789819**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 1.638.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 204.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 262.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.023.750	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
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	$ 409.500	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.407.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
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	35.047,00	0,966%
-	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	**$4.059.953,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligacion 1: Ejecucion de la formacion como instructor de ingles en las fichas 2758518,2758519, 2758523, 2758524, 2758230, 275874
Obligacion 5: Se realiza el seguimiento y evaluacion de las fichas que estaban a mi cargo 2675877, 2675878.
Obligacion 6: Estrategias motivacionales a los aprendices a traves de las conferencias con la fichas 2758518, 2758519, 2758523, 2758
Obligacion 7: Se registran los juicios de evaluacion de aprendices pendientes por evaluar de las fichas 2675877, 2282664, 2374946,
Obligacion 16: Ejecucion de actividades en el proceso de formacion de las fichas 2758518,2758519, 2758523, 2758524, 2758230, 275874
Obligacion 17: Se anexan reportes en la cuenta de cobro del mes de SEPTIEMBRE.

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.

AURA MATILDE CARRERO USSA
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,

JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
INSTRUCTOR G08

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

MIREYA PARRA PINTO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52191061	AURA MATILDE CARRERO USSA	Calle 159 No 54-42 Apto 604 torre 3	3214776093	matiscarrero1675@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	08/09/2023	70789819	$508.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	204.800	0		0		0	0	0	0	204.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	262.100	0	0	0	0	0	0		262.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.600				8.600	0	0	8.600			86	8.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.800	0	0	32.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	204.800	204.800
Pensión	1	262.100	262.100
Riesgos Laborales	1	8.600	8.600
CCF	1	32.800	32.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	508.300	508.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52191061	AURA MATILDE CARRERO USSA	Calle 159 No 54-42 Apto 604 torre 3	3214776093	matiscarrero1675@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	08/09/2023	70789819	$508.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52191061	CARRERO USSA AURA MATILDE	59	0			N																	25-14	1.638.000	262.100	0	0	0	0	EPS008	1.638.000	204.800	14-23	1.638.000	1	8.600	CCF24	1.638.000	32.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, 15 de febrero de 2023

MIREYA PARRA PINTO
Subdirectora
Centro de Servicios Financieros
SENA - Regional Distrito Capital
Bogotá D.C.

Asunto: Autorización consulta Registro de Deudores Alimentarios Morosos - REDAM

Estimado señor(a):

La suscrita Aura Matilde Carrero Ussa, identificado con C.C. No. 52191061 de Bogotá expedida el 25 de marzo de 1993, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 2097 de 2021, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos- REDAM que administra el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MinTIC, de manera previa a mi eventual vinculación contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos y que se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.



Aura Matilde Carrero Ussa
C.C. 52191061

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 52191061 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/03/2023 11:01 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre 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:

C.C.	**1000596738**	**ANDREA CAROLINA DUARTE CARRERO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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,

Cordialmente,



_____

AURA MATILDE CARRERO USSA

C.C. 52.191.061 de Bogotá.

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
NIT. 860.015.542-6

CÓDIGO CIIU 8544 según Resolución DIAN No. 000139 NOV. 21 DE 2012- Vigilada Mineducación. La Universidad de la Salle es Entidad Sin Ánimo de Lucro. Contribuyente del Régimen Tributario Especial. Art. 19 de E.T. No responsable del Impuesto sobre las Ventas según Resolución 6187-0027 de Octubre 31 de 2007. La adulteración parcial o total de este documento lo anula y será causal de las sanciones establecidas en el Reglamento Estudiantil vigente y por la Ley.

NOMBRE	ANDREA CAROLINA DUARTE CARRERO	RECIBO DE PAGO	202300019408
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1000596738	FECHA DE RECIBO	30.06.2023
BP	1000065855	REFERENCIA	202300019408
PROGRAMA 1	MEDICINA VETERINARIA_SIA5	PERÍODO	2023 - 002

DATOS DE MATRÍCULA

SEMESTRE INFERIOR:	**10**	CRÉDITOS MATRICULADOS:	**19**
CRÉDITOS SEMESTRE INFERIOR:	**19**	CRÉDITOS ADICIONALES:	**0**

CÓDIGO	CONCEPTO	VALOR(COP)
- 01001452	- PROYECTO	
- 01001451	- PRACTICA EMPRESARIAL Y CLINICA AMBULTORI	
50013689	Matrícula - PROPRMEVET06	10.070.000
	VALOR TOTAL	10.070.000

FECHAS DE PAGO		VALOR(COP)
PRIMERA FECHA: 2023.07.24		10.070.000
SEGUNDA FECHA: 2023.07.31	5 % de recargo	10.573.500

OBSERVACIONES
Solicitud cancelación de matrícula con devolución del 90% en el programa hasta: 15 de Junio de 2023 Puede solicitar los descuentos a los que tiene derecho en el correo apoyofinanciero@lasalle.edu.co antes de solicitar cualquier crédito con entidades financieras o realizar su pago en bancos autorizados. No se reintegrarán beneficios no aplicados previamente. Si realiza el pago con Cesantías del Fondo Nacional del Ahorro o con patrocinio de su empresa, debe legalizarlo remitiendo el soporte de la transacción al correo apoyofinanciero@lasalle.edu.co Puede consultar su guía de matrícula en el menú -Mis pagos- y el estado de su matrícula en el menú "Estado de cuenta". Si usted cursa doble programa, verifique que esté inscrito en los dos programas académicos. Tenga en cuenta las fechas del calendario académico.

(COPIA DE ESTUDIANTE)

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
NIT. 860.015.542-6

NOMBRE	ANDREA CAROLINA DUARTE CARRERO	RECIBO DE PAGO	202300019408
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1000596738	FECHA DE RECIBO	30.06.2023
BP	1000065855	REFERENCIA	202300019408
PROGRAMA 1	MEDICINA VETERINARIA_SIA5	PERÍODO	2023 - 002

FECHA DE PAGO	VALOR(COP)
PRIMERA FECHA: 2023.07.24	10.070.000
SEGUNDA FECHA: 2023.07.31	10.573.500

FORMA DE PAGO		
COD.BANCO	No.CHEQUE	VALOR(COP)
EFECTIVO		
CHEQUE DE GERENCIA		
VALOR TOTAL		

PAGO ORDINARIO HASTA 20230724 $ 10070000

(415)7707207869726(8020)043023000194083900(10070000)96(20230724

PAGO EXTRAORDINARIO HASTA 20230731 $ 10573500

(415)7707207869726(8020)043023000194083900(10573500)96(20230731

ENTIDADES PARA PAGOS

Banco de Bogotá

DAVIVIENDA

pse

(COPIA BANCO)

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

NUIP A6D-0252580

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33131387

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría XX Número 19 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 78 6 1

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUARTE	CARRERO

Nombre(s): ANDREA CAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes SEP Día 22	FEMENINO	"O"	NEGATIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 3482087

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARRERO USSA AURA MATILDE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 52.191.061 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DUARTE CUADROS RUBEN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NO. 19.438.407 BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DUARTE CUADROS RUBEN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 19.438.407 BOGOTA D.E.

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 2001 Mes SEP Día 28	NORBERTO SALAMANCA F. — Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

CLINICA:CARLOS LLERAS RESTREPO;12:03 M.

Bogotá, D.C. Norberto Salamanca F.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Oscar C. Funcionario

Jairo C. Funcionario

IMPRESO POR FASAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-6

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA, SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DEL INTERESADO – ARTICULOS 114 Y 115 DECRETO 1260 DE 1970.
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO – DECRETO 2189 DE 1983

SE EXPIDE HOY 01 ABR 2014

JOSE MIGUEL ROJAS CRISTANCHO
NOTARIO 19 – BOGOTÁ D.C.

Powered by CamScanner