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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**17 de Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**48996-126440**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HECTOR GARCIA BUITRAGO	**C.C.**	19.437.772	**IP/Nº de contacto**	16003
Correo electrónico contratista:	hgarcia2777@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE OCCIDENTE **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 253803084

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: 5192972/2023 **Nº Compromiso SIIF** **63723**

Valor Total del Contrato	$ 22.025.255	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.609.726	**4**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.580.716		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Suministrar servicios personales de carácter temporal, impartiendo la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas académicas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.029.010		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	**$ 4.029.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.562.082**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**71161484**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.611.604	$ 1.611.604
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.500	$ 201.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.500	$ 8.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.007.252	$ -	
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	$ 402.901	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 854.027	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.562.082,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.827.510,00	
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	36.974,00	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	**$3.992.036,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

HECTOR GARCIA BUITRAGO
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

A QUIEN INTERESE

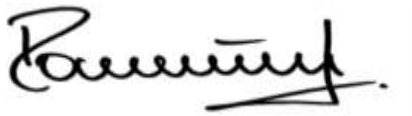
GLOBAL SEGUROS DE VIDA S.A. con **NIT.860.002.182-1**, certifica que el señor(a) **GARCIA BUITRAGO HECTOR** identificado(a) con el documento C.C. **19437772**, posee la póliza de Renta Vitalicia Inmediata N°**21261** de la sucursal Bogotá desde 01/08/2023, como pensionado(a) por **VEJEZ.**

En el año se efectúa el pago de 13 mesadas y la mesada se indexa cada enero de acuerdo con la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior.

La presente solicitud se expide a solicitud del interesado. Emitida en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente,

GLOBAL SEGUROS DE VIDA S. A.



ALVARO ANTONIO RAMIREZ MORENO
Gerente de Operaciones y Seguros

CP.207

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Carrera 9 No. 74 - 62 Bogotá, Colombia
Tel: 7440084 - 01 8000 910027 Fax: 7553171
Barranquilla - Bucaramanga - Cali - Cartagena
Manizales - Medellin - Pasto - Pereira
www.globalseguroscolombia.com

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	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO	CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.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	03/10/2023	71161484	$210.000	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	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

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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	201.500	201.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	210.000	210.000

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	19437772	HECTOR GARCIA BUITRAGO		CL 147 14 69 AP 804 TO 7	7594709	hgarciaco@gmail.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	03/10/2023	71161484	$210.000	

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	19437772	GARCIA BUITRAGO HECTOR	59	4			N																		0	0	0	0	0	0	EPS001	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de octubre 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.	**1020845571**	**AIXA VALENTINA GARCIA VALBUENA**	**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,

FIRMA
Nombre: HECTOR GARCIA BUITRAGO
C.C. 19.437.772

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA	
0000596652	
FECHA	**CICLO LECTIVO**
16/12/2022	PERIODO 2023-1

Documento de Identidad: 1020845571
Apellidos: GARCIA VALBUENA
Nombre: AIXA VALENTINA
Programa Académico: ADMINISTRACION DE EMPRESAS

ID: 0000172688
Dirección:
Ciudad: BOGOTA D.C.
Teléfono: 759-4709

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)
MATRICULA ADMINISTRACION DE EMPRESAS CONVENIO SWISS EDUCATION GROUP SUIZA	8,108,000.00		
		VALOR A CANCELAR HASTA: 23/01/2023	**8,108,000.00**

La matrícula extraordinaria se calculará una vez vencida la fecha de pago de matrícula ordinaria.

Recuerde que una vez pagados los derechos de matrícula, no habrá lugar a devolución ni acumulado.

INFORMACIÓN DE CARÁCTER IMPORTANTE

Si el pago de su orden de matrícula (valor total o parcial) será realizado por parte de una empresa tenga en cuenta lo siguiente:

- No realizar ningún abono a la orden de matrícula.
- Si aplica a alguna beca y es favorecido(a) se deberá asignar primero a su orden de matrícula dicho porcentaje.
- Solicitar por medio del Coordinador de admisión la información para tramitar la factura a nombre de la organización.

NOTA: Si se realiza un pago parcial o total a su orden de matrícula no se podrá generar la factura a la empresa.

Conforme al Reglamento de Estudiantes Artículo 1 "ESTUDIANTE REGULAR: Se considera estudiante regular de la Universidad a toda persona que formaliza su matrícula mediante el pago de los correspondientes derechos pecuniarios para un período académico y la realización de la correspondiente inscripción de materias".
Nota: El pago del valor de la matrícula, no garantiza la aprobación académica del semestre en curso.

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.
-ESTUDIANTE –

Universidad de La Sabana

ORDEN DE MATRÍCULA
NIT.860.075.558-1
Teléfono 861 5555 Ext 31781 31762 31773

REFERENCIA	
0000596652	
FECHA	**CICLO LECTIVO**
16/12/2022	PERIODO 2023-1

NO SE ACEPTAN LOS PAGOS POR UN VALOR DIFERENTE AL FACTURADO PARA CADA FECHA DE VENCIMIENTO

Documento de Identidad: 1020845571
Apellidos: GARCIA VALBUENA
Nombre: AIXA VALENTINA
Programa Académico: ADMINISTRACION DE EMPRESAS

BANCO O CORPORACION	CUENTA No.
BANCOLOMBIA – CTA AHORROS - CONV 871	20437001715
BBVA COLOMBIA – CONVENIO 29480	0309039832

OBLIGACIONES	VALOR ($)	DEDUCCIONES	VALOR ($)
MATRICULA ADMINISTRACION DE EMPRESAS CONVENIO SWISS EDUCATION GROUP SUIZA	8,108,000.00		
		VALOR A CANCELAR HASTA: 23/01/2023	**8,108,000.00**

Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia.
-BANCO O CORPORACION -

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, autorizo que mis datos personales, tanto privados como sensibles sean incorporados en las bases de datos de responsabilidad de la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** y que estos sean tratados con la siguientes finalidades: ofrecimiento de programas educativos, desarrollo de los procesos académicos, bienestar universitario, prácticas empresariales, financiación, biblioteca, becas, ayudas económicas, relaciones internacionales, movilidad internacional, participación en eventos o concursos (académicos, culturales, recreativos, deportivos), congresos y/o seminarios, relacionamiento de egresados y graduados, atención en centro médico, difusión de información a través de los medios de comunicación de la universidad, temas publicitarios, comerciales, investigativos, estadísticos, de mercadeo, networking y en general para todas las actividades que se enmarquen dentro del objeto social de la universidad y de conformidad con la política de protección de datos de la universidad a la cual podré tener acceso en la página web www.unisabana.edu.co/nosotros/politica-de-proteccion-de-datos. Así mismo, autorizo la transmisión y transferencia de mis datos personales a terceros cuando ello sea necesario en virtud de los fines señalados anteriormente y de la relación que mantengo con la universidad.
De igual modo, declaro conocer que no me encuentro obligado a autorizar el tratamiento de mis datos personales sensibles y haber sido informado de que puedo ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo, mediante escrito dirigido a la **UNIVERSIDAD DE LA SABANA** a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@unisabana.edu.co, o a través de correo ordinario remitido a la dirección Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá, Chia (Cundinamarca), atendiendo los requisitos para el trámite de consultas y reclamos establecidos en la política de protección de datos de la universidad.
Nota para menores de edad: En calidad de representante legal del menor de edad autorizo el tratamiento de sus datos personales de conformidad con las finalidades y condiciones señaladas previamente.

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
"LA GUARDIA DE LA FE PUBLICA"

REGISTRO CIVIL

REGISTRO DE NACIMIENTO

22661296

1. Serial NUIP: 9 9 1 1 0 2 — 2.

OFICINA REGISTRO CIVIL	3. Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.)	4. Municipio y Departamento	5. Código
	NOTARIA 19	SANTAFE DE BOGOTA D.C.	7861

SECCION GENERICA

INSCRITO	6. Primer apellido: GARCIA	7. Segundo apellido: VALBUENA	8. Nombres: AIXA VALENTINA				
SEXO	9. Masculino o Femenino: FEMENINO	10. Masculino ☐	Femenino ☒	FECHA DE NACIMIENTO	11. Día: 02	12. Mes: NOVIEMBRE	13. Año: 1.999
LUGAR DE NACIMIENTO	14. País: COLOMBIA	15. Departamento: CUNDINAMARCA		16. Municipio: SANTAFE DE BOGOTA D.C.			

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO	17. Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL SAN IGNACIO			18. Hora: 23:25 PM
	19. Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO DE NACIDO VIVO No. A1912687	20. Nombre del profesional que certificó el nacimiento: GERMAN GONZALEZ SALAZAR		21. No. licencia: 10270
MADRE	22. Apellidos (de soltera): VALBUENA LEGUIZAMO	23. Nombres: GLORIA CECILIA		24. Edad al momento del parto: 39 AÑOS
	25. Identificación (clase y número): C.C. No. 51'610.841 DE BOGOTA	26. Nacionalidad: COLOMBIANA	27. Profesión u oficio: LIC. IDIOMAS	
PADRE	28. Apellidos: GARCIA BUITRAGO	29. Nombres: HECTOR		30. Edad al momento del nacimiento: 38 AÑOS
	31. Identificación (clase y número): C.C. No. 19'437.772 DE BOGOTA	32. Nacionalidad: COLOMBIANA	33. Profesión u oficio: ING. SISTEMAS	

DENUNCIANTE	34. Identificación (clase y número): C.C. No. 19 437.772 DE BOGOTA	35. Firma (autógrafa):
	36. Dirección postal: CARRERA 34D No. 35 - 26 Sur	37. Nombre: HECTOR GARCIA BUITRAGO
TESTIGO	38. Identificación (clase y número):	39. Firma (autógrafa):
	40. Domicilio (Municipio):	41. Nombre:
TESTIGO	42. Identificación (clase y número):	43. Firma (autógrafa):
	44. Domicilio (Municipio):	45. Nombre:
FECHA DE INSCRIPCION	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) 46. Día: 10 — 47. Mes: NOVIEMBRE — 48. Año: 1.999	Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: NORBERTO SALAMANCA F. 49. Nombre del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IP10 – 0 VI/77

REPUBLICA DE COLOMBIA — NOTARIA

BOGOTA D.C. 19

Firma del Padre
Nro. Documento de Identidad

Nombre Completo del Padre

Dirección Residencia

Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma de la Madre
Nro. Documento de Identidad

Nombre Completo de la Madre

Dirección Residencia

(60) Nombre del funcionario ante quien se hace el reconocimiento.

(61) NOTAS
ENMENDADO: CASILLA .-49.- SI VALE.-

ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

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 22 JUN. 2011

Oscar Ivan Chacon Paez
NOTARIO Encargado
NOTARIA 19
BOGOTA D.C.