SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**90834-373615**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
Correo electrónico contratista: cadelvalle@sena.edu.co
C.C. 1.065.868.610 **IP/Nº de contacto** 3144384976

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** 29736601395

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: 4490163/2023 **Nº Compromiso SIIF** **12423**

Valor Total del Contrato	$ 39.443.660	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.077.200	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.038.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.038.600		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE AGROINDUSTRIA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2023-000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.038.600		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	**$ 4.038.600**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.368.005**		**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	----------	**7894748151-790**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.368.005,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.615.440	$ 1.615.440	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 202.000	$ 202.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 258.500	$ 258.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 16.900	$ 16.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.009.650	$ -		Reteica	0,00	0,000%
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Pro-Universidad	20.193,00	0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 403.860				
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 789.335		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$4.018.407,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió Formación Profesional integral. En las Fichas: 2715256, 2715257, 2715445, 2715264 grado decimo Agroindustria Alimentaria Ficha: 2497638 Procesamiento de derivados lacteos.
Se registró inasistencia de aprendices a través de medio digital (SofíaPlus).
Se hizo desplazamiento al municipio de Zapatosa, Gamarra, Pelaya y Aguachica para impartir formación.
Revision de la plataforma Territorium segun corresponda Guias de Aprendizaje, Instrumentos de evaluacion, Juicios evaluativos, Format selección etapa productiva, bitácoras de seguimiento.
Se realizo el Acta de seguimiento trimestral de las fichas 2715256, 2715257, 2715445, 2715264 grado decimo Agroindustria Alimentaria Ficha: 2497638 Procesamiento de derivados lacteos.
Se realizo actas de socializacion de estrategias de articulacion grado 9.

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 ANDRES DEL VALLE PALLARES
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,

ROBINSON LOBO HERNANDEZ
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

YALEINIS MONTERO TRIANA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065868610
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE OSOS	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 33 # 31 AA-08 APART 401	TELÉFONO:	2899989
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7894748151**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			191105379

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.600	$ 0	$ 258.600
SUBTOTALES:										**$ 258.600**	**$ 0**	**$ 258.600**

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	$ 202.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.000	$ 0	$ 0	$ 202.000
SUBTOTALES:													**$ 202.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 202.000**

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	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

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	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1065868610	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.616.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.616.000	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.616.000	$ 202.000	$ 0	$ 202.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.616.000	106586861	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 469.100**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065868610
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE OSOS	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 33 # 31 AA-08 APART 401	TELÉFONO:	2899989
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7901799134**	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		20			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		236356776
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		7894748151	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA		2023/09/30

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:										**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
SUBTOTALES:													**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

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	$ 8.400	$ 8.400	$ 200	$ 0	$ 8.600
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 8.600**

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 1065868610	DELVALLE PALLARES CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.616.000				NO							A											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.616.000	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.616.000	$ 202.000	$ 0	$ 202.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.616.000	106586861	$ 8.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1065868610	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.616.000				NO							C											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.616.000	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.616.000	$ 202.000	$ 0	$ 202.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.616.000	106586861	$ 16.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1065868610	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.616.000				NO							R											25-14 COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 0	106586861	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 8.600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Aguachica 19, de Octubre 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:

REGISTRO CIVIL	1037134559	LUCIANA DEL VALLE OBREGÓN	**HIJA**
REGISTRO CIVIL	**1065926957**	**GABRIELA DEL VALLE OBREGON**	**HIJA**

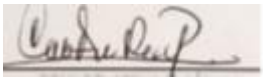
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 ANDRES DEL VALLE PALLARES

C.C 1065868610 DE AGUACHICA – CESAR.

ORGANIZACION ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58146136

NUIP 1037134559

58146136

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B 4 D

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - CHIGORODO NOTARIA 1 CHIGORODO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DEL VALLE	OBREGON

Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
LUCIANA	Año 2020 Mes FEB Día 24	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - CHIGORODO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	159450835

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

OBREGON PALOMINO MARIA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1032362270 — Nacionalidad COLOMBIA

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

DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1065868610 — Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1065868610 — Firma

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 2020 Mes FEB Día 26	RAMSES ESCOBAR HENAO

Notario Único del Círculo de Chigorodó (Ant.)
RAMSES ESCOBAR HENAO
Notario

RAMSES ESCOBAR HENAO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

30951593-1

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.065.926.957

Indicativo Serial 60260177

60260177

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 8 H

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

REGISTRADURIA DE AGUACHICA - COLOMBIA - CESAR - AGUACHICA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DEL VALLE	OBREGON

Nombre(s): GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 21	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CESAR AGUACHICA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	171479388

Datos de la 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: OBREGON PALOMINO MARIA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.362.270	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.065.868.610	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.065.868.610	

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 2022 Mes ENE Día 28	LUIS ALEJANDRO ALEMAN PEÑARANDA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

28-ENE-2022 - SE OMITEN HUELLAS EN APLICACION A LA CIRCULAR NO 084 EL 01-09-2020..

EL SUSCRITO NOTARIO REGISTRADOR DE AGUACHICA, CESAR, CERTIFICA QUE LA PRESENTE ES UNA FOTOCOPIA DEL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN ESTA OFICINA

28 ENE 2022

LUIS ALEJANDRO ALEMAN
REGISTRADOR

ESTA REPRODUCCION FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

OFIXPRES

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -