SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL MAGDALENA**
**CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA - SERVICIOS PRESTADOS A**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **47** |
| **Código Centro** | **952910** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **57037-674130** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | GABRIELA ESTHER SANTANA TOSCANO | **C.C.** | 55.301.646 | **IP/Nº de contacto** | 3013175763 |
| **Correo electrónico contratista:** | gabysantana@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** 91649617665

**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:** 4519337/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.871.470 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.096.830 | **9** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional programada por el Centro de Logística y Promoción Ecoturística Regional Magdalena en los Programas de Formación Titulada, Titulada Virtual, Complementaria y/o Complementaria Virtual en el area de GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.096.830 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 3,11% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 149.726 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.096.830 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 8.193.660** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.817.171** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 149.726** |

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

| | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4517090682** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 17.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 2.048.415 | $ - | |
| 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 | $ 262.200 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 204.900 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 8.600 | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 819.366 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 1.605.724 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.817.171,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.629.730,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 149.726,00 | 3,11% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 25.408,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Hospital | 81.937,00 | 2,000% |
| 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** | **$3.839.759,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación titulada presencial a los Programas con números de fichas: : 2769609, 2804679, 2708452, 2671577, 2614860 y 2690084
Se realiza seguimiento a los aprendices con respecto a las inasistencias del mes de octubre.
Reporte de actividades en el aplicativo SOFIAPLUS.
Utilización de las herramientas tecnológicas como Aplicativo Sofia plus y Plataforma Territorium.
Estar atento a los requerimientos del Supervisor. Elaborar informe mensual contractual y Planilla de cobro de honorarios:
SI CONTRATISTAS. Afiliación a Seguridad Social Vigente.
Divulgación de mensajes del centro
Registrar la evaluación de los resultados de aprendizaje. Aprobados: 2671577, 2690084, 2769613 y 2669704.

**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.

**GABRIELA ESTHER SANTANA TOSCANO**
**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 GAMEZ CARLOS**
**INSTRUCTOR G15**

**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**

**BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 55301646 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GABRIELA ESTHER SANTANA TOSCANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | CL 4B 6-58 | TELÉFONO: | 1111111 |
| 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: | | | **4517090682** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 7 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/10/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9996276260 |

### 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 | $ 262.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.900 | $ 0 | $ 262.200 | $ 1.900 | $ 264.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 262.200** | **$ 1.900** | **$ 264.100** |

### 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 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 204.900 | $ 0 | $ 1.500 | $ 0 | $ 204.900 | $ 1.500 | $ 0 | $ 206.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 204.900** | **$ 1.500** | **$ 0** | **$ 206.400** |

### 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 | $ 8.600 | $ 8.600 | $ 100 | $ 0 | $ 8.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.600** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 8.700** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |
| 1 | CC 55301646 | SANTANA TOSCANO GABRIELA ESTHER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.638.732 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL

| PENSIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.638.732 | $ 262.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 262.200 |

| SALUD | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.638.732 | $ 204.900 | $ 0 | $ 204.900 |

| ARP | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.638.732 | 55301646 | $ 8.600 |

| PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| **TOTAL** | **$ 479.200** |
|---|---|

Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| SENA | Versión: 04<br>Código: GTH- F- 074 |

## Proceso Gestión del Talento Humano

## Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: | Gabriela Esther Santana Tascano | | | | | IDENTIFICACIÓN |
| CIUDAD | SANTA MARTA | FECHA | 31 DE OCTUBRE DE 2023 | REGIONAL | MAGDALENA | 55301646 |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA DEL MAGDALENA | | | | | |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: | CO1.PCCNTR. 4519337 - 31 de octubre de 2023 | | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | x | CESIÓN | | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO | | TERMINACIÓN UNILATERAL | |

| DEPENDENCIA SENA | Marcar con x | RESPONSABLES | |
|---|---|---|---|
| | | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| GESTIÓN DE TIC | X | CARLOS ALFONSO MARTINEZ FLOREZ | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | X | ANER MONTERO | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | X | CARLOS ANDRÉS GÁMEZ | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | | Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo. | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | X | BELKIS MERCEDES PEÑA FERNÁNDEZ | |
| CONTABILIDAD | X | HUGO RAFAEL BRITO MENDEZ | |
| TESORERIA | X | CARMEN LOZANO | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | X | CARLOS ANDRÉS GÁMEZ | |
| BIBLIOTECA | X | ENELIA MARÍA RAMIREZ ANNICCHIARIC | |
| OTRO | | | |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | X | CARLOS ANDRÉS GÁMEZ | |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01<br>Fecha: 15.10.2020 |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) SANTANA TOSCANO GABRIELA ESTHER identificado(a) con CC. 55301646 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 26 de Octubre de 2023 a las 11:43:12

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Santa Marta, 26 de octubre de 2023

Señores
**Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)**
**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)**
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

| | | |
|---|---|---|
| **Milagros Cuello Santana**<br>**Ángel Miguel Cuello Torrecilla** | **RC:1.083.025.394**<br><br>**RC:1.084.467.002** | **Calidad del Dependiente**<br>**1. Hijos menores 18 años. (X)**<br>**2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.**<br>**3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** |
| | | |

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

***GABRIELA SANTANA TOSCANO***
**55301646.**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento **_X__**
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NUIP 1.083.025.394

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56437825

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L B F

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

REGISTRADURIA DE SANTA MARTA - COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA...

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CUELLO | SANTANA |

Nombre(s): MILAGROS

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 1 5 Mes 0 2 0 4 Día 0 8 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 53289800-7 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: SANTANA TOSCANO GABRIELA ESTHER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 55.301.648 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: CUELLO TORRECILLA LEONARDO ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 86.035.398 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: CUELLO TORRECILLA LEONARDO ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 86.035.398 | |

*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 2 0 1 5 Mes 0 4 Día 1 1 | LIVIS MELIDA DE LA OSSA ACHOA - R |
| | Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

*5643782 5*

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1084467002

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59842781

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CUELLO | SANTANA |

Nombre(s)

ANGEL MIGUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes OCT Día 25 | MASCULINO | "O" | POSITIVO |

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

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 15086855-9 |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de posibles 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

SANTANA TOSCANO GABRIELA ESTHER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 55.301.646 DE BARRANQUILLA | COLOMBIANA |

**Datos de la madre o padre** (Para casos de posibles 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

CUELLO TORRECILLA LEONARDO ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 88.035.398 DE PAMPLONA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

CUELLO TORRECILLA LEONARDO ALFONSO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC. 88.035.398 DE PAMPLONA | |

**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 NOV Día 09 | HENRY ALBERTO NUÑEZ SUAREZ<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

HENRY ALBERTO NUÑEZ SUAREZ

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS