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 ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**53736-944528**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA	**C.C.**	52.537.430	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lmduran03@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: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24072396005

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:	5296655/2023		**Nº Compromiso SIIF**	**67123**	
Valor Total del Contrato	$ 17.733.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.000.000	**5**	**Del** 01/12/2023 **Al**	15/12/2023	**$ 2.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR(A) PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.000.000		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	**$ 2.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 997.980**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1059389241**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.600.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 200.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 256.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 500.000	$ -	
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	$ 1.303.507	
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	$ 200.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 39.948	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	997.980,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.669.400,00	
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	16.126,00	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	**$1.983.874,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

competencia comprender textos en ingles en forma escrita y auditiva
Actividades: adjectives, comparatives and superlatives how to install a computer

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.

LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA
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,

WILLIAM MAURICIO CORONADO MARTINEZ
CONTRATISTA

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
PEDRO RODRIGUEZ SANDOVAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-02, 05: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1059389241

Periodo Cotización: noviembre de 2023 Periodo Servicio: noviembre de Referencia pago 8810130119

PAGADA 01/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA MARCELA DURAN ESPINOZA		
Documento	CC52537430	Dirección	CALLE 59 SUR No 65 - 31
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3124797941
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52537430	LILIANA MARCELA DURANESPINOSA	59	0																	0	30	30	30	0	COLPENSIONES	$1.600.000	$256.000	COMPENSAR EPS	$1.600.000	$200.000	0.00522	$1.600.000	$8.400	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$464.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.600.000	$1.600.000	$1.600.000	$0	$256.000	$200.000	$8.400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$464.400	$0	$464.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 01 de noviembre 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 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, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**10.251.442.18**	**SAMUEL ESTEBAN VELASQUEZ DURÁN**	**HIJO**
NIUP	**1025557853**	**ANGEL SANTIAGO VELASQUEZ DURÁN**	**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: LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA

C.C. 52.537.430 DE BTA

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 ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**24001-843045**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA	**C.C.**	52.537.430	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lmduran03@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: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24072396005

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: 5296655/2023 **Nº Compromiso SIIF** **67123**

Valor Total del Contrato	$ 17.733.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.000.000	**5**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 2.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR(A) PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.000.000		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	**$ 2.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 997.980**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**105938924**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.600.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 200.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 256.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 500.000	$ -	
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	$ 1.303.507	
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	$ 200.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 39.948	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	997.980,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.669.400,00	
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	16.126,00	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	**$1.983.874,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

competencia comprender textos en ingles en forma escrita y auditiva
Actividades: adjectives, comparatives and superlatives how to install a computer

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.

LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA
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,

WILLIAM MAURICIO CORONADO MARTINEZ
CONTRATISTA

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
PEDRO RODRIGUEZ SANDOVAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-02, 05: PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1059389241

Periodo Cotización: noviembre de 2023 Periodo Servicio: noviembre de Referencia pago 8810130119

PAGADA 01/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA MARCELA DURAN ESPINOZA		
Documento	CC52537430	Dirección	CALLE 59 SUR No 65 - 31
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3124797941
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52537430	LILIANA MARCELA DURANESPINOSA	59	0																	0	30	30	30	0	COLPENSIONES	$1.600.000	$256.000	COMPENSAR EPS	$1.600.000	$200.000	0.00522	$1.600.000	$8.400	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$464.400

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.600.000	$1.600.000	$1.600.000	$0	$256.000	$200.000	$8.400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$464.400	$0	$464.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 01 de noviembre 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 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, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**10.251.442.18**	**SAMUEL ESTEBAN VELASQUEZ DURÁN**	**HIJO**
NIUP	**1025557853**	**ANGEL SANTIAGO VELASQUEZ DURÁN**	**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: LILIANA MARCELA DURAN ESPINOSA

C.C. 52.537.430 DE BTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025557853

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55658927

55658927

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASQUEZ	DURAN

Nombre(s)

ANGEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 28	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13126103-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DURAN ESPINOSA LILIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52537430 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80902679 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80902679 DE BOGOTÁ, D.C.	Miguel Angel Velasquez Torres

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 2015 Mes DIC Día 30	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Miguel Angel Velasquez Torres Firma	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:190, FOLIO:284

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

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

NUIP 1025144218

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41290377

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 8 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASQUEZ	DURAN

Nombre(s): SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 13	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	513[illegible]-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DURAN ESPINOSA LILIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.537.430 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80.902.679 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80.902.679 BOGOTA D.C.	M. Velasquez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Tel: 4812118.

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 ante quien se hace la inscripción
Año 2008 Mes OCT Día 14	ISAIAS GUZMAN ORTIZ NOTARIO 21 ENC. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADO : COLOMBIANA (si vale)

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA A LOS SOLICITUD DEL INTERESADO PARA EFECTOS PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EL ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970. ESTA COPIA NO CADUCA.

ADRIANA CUELLAR ARANGO
NOTARÍA VEINTIUNA DE BOGOTÁ

CHESS S.A. NIT. 890.321.151-0

ORIGINAL PARA EL INTERESADO — FORMULARIO DE REGISTRO —

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025557853

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55658927

55658927

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASQUEZ	DURAN

Nombre(s)

ANGEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 28	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13126103-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DURAN ESPINOSA LILIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52537430 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80902679 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80902679 DE BOGOTÁ, D.C.	Miguel Angel Velasquez Torres

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 2015 Mes DIC Día 30	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Miguel Angel Velasquez Torres Firma	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:190, FOLIO:284

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

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

NUIP 1025144218

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41290377

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 8 D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASQUEZ	DURAN

Nombre(s): SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 13	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	513[illegible]-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DURAN ESPINOSA LILIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.537.430 SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80.902.679 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VELASQUEZ TORRES MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80.902.679 BOGOTA D.C.	M. Angel T.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: Tel: 4812118.

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 ante quien se hace la inscripción
Año 2008 Mes OCT Día 14	ISAIAS GUZMAN ORTIZ NOTARIA 21 ENC. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADO : COLOMBIANA (si vale)

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA EFECTOS DE PARENTESCO. DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970. ESTA COPIA NO CADUCA.

ADRIANA CUELLAR ARANGO
NOTARÍA VEINTIUNA DE BOGOTÁ

CIGSA S.A. NIT. 890.321.151-0

ORIGINAL PARA EL INTERESADO — COPIA DE REGISTRO