SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954610** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2019** |
| **Versión** | **FEBRERO 2019 - 2,19** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO | **C.C.** | 1.099.202.322 | **IP/Nº de contacto** | 3127055464 |
| **Correo electrónico contratista:** | jeimymeneses@misena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | SI |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 55534827511 |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113.091.000** | | NO | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 1055322/2019 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **77719** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 15.527.250 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 2.070.300 | **5** | **Del** | **01/12/2019** | **Al** **18/12/2019** | **$ 2.070.300,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.070.300 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 1,59% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 51.870 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.450.500 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.520.800** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.254.490** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 51.870** |

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

| | Diciembre | Noviembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7732901433-773** | Valor Base retención en la fuente | 3.254.490,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 828.120 | $ 1.380.200 | Valor Base retención en la fuente ICA | 1.834.200,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 103.600 | $ 172.600 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 132.500 | $ 220.900 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 51.870,00 | 1,59% |
| ARL II | $ 8.700 | $ 14.500 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8543 | 3.668,00 | 0,200% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 220.800 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 172.500 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 14.500 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.096.640 | $ 552.080 | | | | |
| Salud hasta $ 548.320 | $ - | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.224.800 | $ 1.084.830 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | **VALOR A PAGAR** | **$ 2.014.762,00** | |

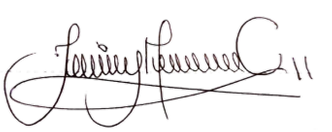
**SON: DOS MILLONES CATORCE MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2047720: CURSO EN MANTENIMIENTO BÁSICO DE EQUIPOS DE COMPUTO LOS DIAS 2, 3, 4, 5 y 6 de Diciembre
2051608: CURSO BÁSICO HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS LOS DÍAS 2, 3, 4, 5, 6, 7 Y 8 de Diciembre
2054770: CURSO OFIMÁTICA LOS DÍAS 9, 10, 11, 12 y 13 de Diciembre

Total horas: 115 Horas

**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.



**JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO**
**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,



**MARTHA RUEDA MONCADA**
**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**



**HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1099202322 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARBOSA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 17 # 6-18 | TELÉFONO: | 7482200 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación de instituciones |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7732901433** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | noviembre |
| | AÑO: | 2019 | | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2019/11/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 517419460 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 220.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 220.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 172.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 172.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 14.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 14.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 407.800** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1099202322 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARBOSA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CALLE 17 # 6-18 | TELÉFONO: | 7482200 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación de instituciones |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7735735550** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | diciembre |
| | AÑO: | 2019 | | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2019/12/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 530244299 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 220.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 220.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 172.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 172.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 14.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 14.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 407.800** |

# INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa, Diciembre de 2019

Señor
**MARTHA RUEDA MONCADA**
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1 PCCNTR 1055322 de 2019**
Coordinador Académico
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Barbosa

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Mes Diciembre del año 2019

**Referencia: CO1 PCCNTR 1055322 de 2019**

Jeimy Marinella Meneses Castillo, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.099.202.322 de Barbosa, en mi calidad de Contratista del SENA, en el área de Complementaria, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1 PCCNTR 1055322**, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas durante el período comprendido entre el 01 y el 18 de Diciembre del año 2019.

.

**Valor y forma de Pago**: El valor total del presente contrato es máximo de Diecisiete millones doscientos cincuenta y dos mil quinientos pesos m/cte. (15.527.250) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista en pagos iguales mensuales por valor de tres millones cuatrocientos cincuenta mil quinientos pesos ($ 3.450.500), o con pagos proporcionales según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato, en caso de no cumplirse.

**Plazo:** Será hasta el 18 de Diciembre de 2019.

| **OBJETO:** |
|---|
| Prestación de servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en área de sistemas en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente. |

**CLÁUSULA**CUARTA. – Obligaciones de las partes.

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1. | Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral. | Se elaboró Planeación Pedagógica, se orientó el desarrollo de las guías de aprendizaje para el cumplimiento de ejecución curricular de las fichas. 2047720, 2051608, 2054770 | Guías de aprendizaje e instrumentos de evaluación. Fichas: 2047720, 2051608, 2054770 |
| 2 | El contratista se compromete a dar | Se generó listado de | Listado de aprendices |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación. | aprendices preinscritos en las fichas 2047720, 2051608, 2054770 | pre inscritos en el sistema Sofía plus. |
| 3. | Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes. | Se evaluaron los resultados de aprendizaje pertinentes. | Consolidado grupal |
| 4. | Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro. | Se comparte publicación de Nueva oferta del centro en redes sociales. | Pantallazo oferta compartida. |
| 5. | Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional. | Se realizó el respectivo diligenciamiento del informe mensual de ejecución contractual y el diligenciamiento de las fichas de caracterización. | Informe mensual de ejecución contractual dispuesto en el drive. |
| 6. | Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo. | Se utiliza Ambiente 2 de la sede SENA Barbosa y se lleva control de los elementos dispuestos en ella. | Obligación cumplida en el mes de Julio. |
| 7. | Reportar en el sistema Sofia Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del | Se Diligencio Ficha de caracterización para el programa complementarios.<br><br>Se realizó inscripción de aprendices para los programas. | Ficha de Caracterización.<br><br>Listado de Aprendiz |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información | | |
| 8. | Contar con la certificación vigente de la norma de competencia “Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados” o la actualización “Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo” o en su defecto deberá aplicar el proceso | Se cuenta con certificación vigente en “Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo” Vigente hasta el 2020 | Se anexa certificado de norma de competencia laboral. |
| 9. | Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz. | Se socializo del reglamento del aprendiz en las fichas 2047720, 2051608, 2054770 | Listado de Asistencia Reglamento Del Aprendiz. |
| 10. | Participar en la animación, programación y ejecución de programas de formación del centro, bien sea de formación complementaria o virtual atendiendo instrucciones de la supervisión del contrato | Se realizaron cursos en formación Complementaria. | Listado de aprendices matriculados. |
| 11. | Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia. | Se dispone de guías de aprendizaje para apoyar el proceso formativo de aprendices | Guía de aprendizaje |
| 12. | Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato. | Se participa en inducción de seguridad y salud en el trabajo | Certificado de aprobación. |

A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe **(formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

| ITEM | No DE LA ORDEN DE VIAJE | LUGAR DE DESPLAZAMIENTO | FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | FINALIZACIÓN |

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| …… | | | | |

***Nota1:****Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de las planillas- recibos de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (**7732901433 y 7735735550** ) expedido por SOI correspondientes a los meses de Noviembre y Diciembre respectivamente del año 2019.

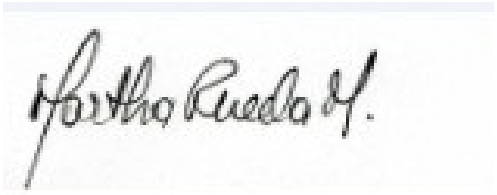
Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



**Jeimy Marinella Meneses Castillo**
**Contratista**
**C.C. No. 1.099.202.322**

Recibí a satisfacción:



**Firma**
**Martha Rueda Moncada**
**Supervisor(a) Contrato CO1 PCCNTR 1055322 de 2019**

Barbosa, Noviembre de 2019

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:

| **Apellidos y Nombre** | **Documento Identidad** | **Calidad del Dependiente** |
|---|---|---|
| Carlos Emmanuel Nova Meneses | RC 1099214979 | **Hijo menor 18 años.** |

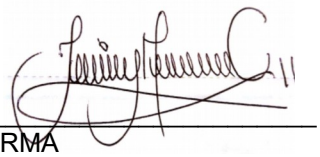
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: **JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO**

C.C. 1099202322

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.214.979

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54756899

- 54756899 -

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

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q X F

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

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| NOVA | MENESES |

Nombre(s): CARLOS EMMANUEL

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes ENE Día 11 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 11797228-9 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: MENESES CASTILLO JEIMY MARINELLA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.099.202.322 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: NOVA ARDILA EDUARD MAURICIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.099.202.902 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: NOVA ARDILA EDUARD MAURICIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.099.202.902 | |

**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 ENE Día 15 | LUZ ESTELLA DALLOS TRIANA - REGIS<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.156.826-1 100238573

Scanned by CamScanner