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 INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**83103-557692**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA	**C.C.**	52.274.562	**IP/Nº de contacto**	3212708407
Correo electrónico contratista:	slpinto2@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: DAVIVIENDA **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** .005100128023

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: 5777779/2024 **Nº Compromiso SIIF** **2524**

Valor Total del Contrato	$ 47.930.183	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 46.590.519	**2**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.124.974		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos establecidos por el

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	$ 1.339.664			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.805.209**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.244.791**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**74372844**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.700	$ 13.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.451.302	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 162.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 13.600	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 580.521	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 1.081.597	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.244.791,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	38.219,00	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral a nivel de SST

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.

SANDRA LILIANA PINTO GARCIA
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,

YAMILE GALVIS QUINTERO
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

MONICA ANDRADE RIOS

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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	52274562	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA	CRA 21 N134-61 APTO 802	2000000	speso2023@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	14/02/2024	74372844	$384.100	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	384.100	384.100

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	52274562	SANDRA LILIANA PINTO GARCIA		CRA 21 N134-61 APTO 802	2000000	speso2023@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	
2024-01	2024-01	I	14/02/2024	74372844	$384.100	

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	52274562	PINTO GARCIA SANDRA LILIANA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	2	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **SANDRA LILIANA PINTO GARCIA**, identificada con **CC** número **52274562**, aportó por el empleado **SANDRA LILIANA PINTO GARCIA** identificado(a) con **CC** número **52274562** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,300,000	0.01044	$13,600	$0	$0	Enero - 2024	74372844	14/02/2024	NO
EPS010	EPS Sura	59															0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Enero - 2024	74372844	14/02/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Enero - 2024	74372844	14/02/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **14** días del mes **Febrero** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PSE Transacción Aprobada - CUS 453857181

S serviciopse@achcolombia.com.co
Para: Usted

Mar 13/02/2024 11:04 PM



¡Hola, SANDRA LILIANA PINTO GARCIA!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 453857181
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 384.100
Fecha de Transacción: 13/02/2024

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 Febrero 2024

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:

T.I.	**1145925270**	**Luna Mariana Roncancio Pinto**	**HIJO**
C.C.	**1000624147**	**Paula Liliana Roncancio Pinto**	**HIJA**

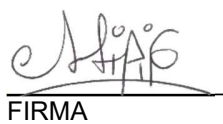
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.

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: Sandra Liliana Pinto García

C.C. 52.274.562


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.274.562
PINTO GARCIA
APELLIDOS
SANDRA LILIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.62
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-DIC-1994 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
A-1500150-00207521-F-0052274562-20100106
0019635817A 1
1510343994


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.145.925.270
RONCANCIO PINTO
APELLIDOS
LUNA MARIANA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
14-AGO-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
05-ABR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

SANDRA PINTO
Para: Ingresos

Vie 12/01/2024 11:31 AM

Cordial saludo por medio del presente solicito de su acostumbrada colaboración en la generación de los link para realizar el pago del semestre de mi hija, de la siguiente manera:

Valor $ 4.085.900 Trasferencia desde mi cuenta Davivienda

Valor $ 4.085.900 consignación en efectivo

Los datos de mi hija son:

Nombre: Paula Liliana Roncancio Pinto
Cedula: 1000624147
ID: 00020430141
Programa: Comunicación Social

Agradezco de antemano su atención y el direccionamiento a seguir.

SANDRA LILIANA PINTO G.
Celular 3212708407

Ingresos - Oficina de Inversiones y Tesorería <ingresos@javeriana.edu.co>
Para: Usted

Vie 12/01/2024 1:41 PM

Apreciada Sandra,

De acuerdo a su solicitud envió el link para que pueda realizar el pago correspondiente según sus indicaciones. Por favor tener presente que el vencimiento de este link esta generado con fecha máxima para el día 12 de enero hasta las 10:30 Pm.

- $ 4.085.900 https://checkout.wompi.co/l/Dz9U1M

Consignación en efectivo.

Beneficiario: Pontificia Universidad Javeriana

FORMATO CONVENIOS EMPRESARIALES	
CONVENIO	UNIVERSIDAD JAVERIANA
BANCO	DAVIVIENDA
No CUENTA	0051-70189897 AHORROS
REFERENCIA 1	4111101171
REFERENCIA 2	Documento ESTUDIANTE

Después de realizar el pago por favor enviar la aprobación de la transacción al correo: ingresos@javeriana.edu.co

Cualquier inquietud con gusto será atendida.

Cordial saludo.

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá
| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

Viviana Combita
Auxiliar I Tesorería
Oficina de Planeación Financiera y Tesorería

Cra. 7a No 40-62, Edificio Emilio Arango, Piso 3
Bogotá, D.C. Colombia
P.B.X.: 57 1 3208320 Ext.: 5056
ingresos@javeriana.edu.co

AVISO LEGAL: El presente correo electronico no representa la opinion o el consentimiento oficial de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Este mensaje es confidencial y puede contener informacion privilegiada la cual no puede ser usada ni divulgada a personas distintas de su destinatario. Esta prohibida la retencion, grabacion, utilizacion, aprovechamiento o divulgacion con cualquier proposito. Si por error recibe este mensaje, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. En este aviso legal se omiten intencionalmente las tildes. Este mensaje ha sido revisado por un sistema antivirus, por lo que su contenido esta libre de virus. This e-mail has been scanned by an antivirus system, so its content is virus free.

Pago Semestre

Ingresos - Oficina de Inversiones y Tesorería <ingresos@javeriana.edu.co>
Para: Usted

Vie 12/01/2024 4:37 PM

Apreciada Sandra,

Confirmo que el pago se encuentra registrado en el sistema.

Cualquier inquietud con gusto será atendida.

Cordial saludo.

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

Viviana Combita
Auxiliar I Tesorería
Oficina de Planeación Financiera y Tesorería

Cra. 7a No 40-62, Edificio Emilio Arango, Piso 3
Bogotá, D.C. Colombia
P.B.X.: 57 1 3208320 Ext.: 5056
ingresos@javeriana.edu.co

AVISO LEGAL: El presente correo electronico no representa la opinion o el consentimiento oficial de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Este mensaje es confidencial y puede contener informacion privilegiada la cual no puede ser usada ni divulgada a personas distintas de su destinatario. Esta prohibida la retencion, grabacion, utilizacion, aprovechamiento o divulgacion con cualquier proposito. Si por error recibe este mensaje, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. En este aviso legal se omiten intencionalmente las tildes. Este mensaje ha sido revisado por un sistema antivirus, por lo que su contenido esta libre de virus. This e-mail has been scanned by an antivirus system, so its content is virus free.

Para Henry Vegarena

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1145925270

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41604384

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 73 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D V C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RONCANCIO	PINTO

Nombre(s): LUNA MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51247356-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PINTO GARCIA SANDRA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52,274,562 de SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RONCANCIO SANABRIA ARNULFO EVANGELISTA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79,491,219 de BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RONCANCIO SANABRIA ARNULFO EVANGELISTA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79,491,219 de BOGOTA D.E.	

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 2008 Mes AGO Día 25	CARLOS ABED TORO O. Notario(a) (E) CARLOS ABED TORO ORTIZ (E) 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 —

© FESA S.A. NIT. 890.321.151-0