SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUA

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA	C.C.	79.955.454	IP/N° de contacto	85340
Correo electrónico contratista:	dgranadosm@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	0846000115
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 2020 supera los $ 124.625.000		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1348576/2020			N° Compromiso SIIF	6320
Valor Total del Contrato	$ 23.428.380	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.428.380	1	Del 07/02/2020	Al 29/02/2020	$ 2.993.626,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.434.754		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.993.626	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.993.626**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.764.722**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	40455828
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.197.450	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.300	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
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 $ 1.139.424	$ 299.363	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 588.241	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.764.722,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.652.326,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$ 2.993.626,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2026458Gestión Integrada de la Calidad, medio ambiente... INTERACCION IDONEA
2058968 Gestión Integrada de la Calidad, medio ambiente... INTERACCION IDONEA
2051954Enfermería INTERACCION IDONEA
2026464Talento Humano INTERACCION IDONEA
2059432Talento Humano2026464 INTERACCION IDONEA

17 FEB 2020
920120000063

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.

DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
INSTRUCTOR

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G.02 CON FUNCIONES DE DIRECTOR REGIONAL

San José del Guaviare, 11 de ***FEBRERO*** de **2020**.

Señor (a)
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRÍGUEZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.1348576**
Coordinador Académico
Ciudad

Asunto: Informe mensual de actividades **2020 – *Febrero***

Yo **DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA**, identificado con la cédula de ciudadanía **79955454** de Bogotá, en mi calidad de Contratista del programa de Interacción idónea a continuación presento el Informe de Actividades realizadas durante el período comprendido entre el **7** y el **29** de **Febrero** del **2020**, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No **CO1.PCCNTR.1348576** de **2020.**

CLAUSULA PRIMERA:

OBJETO.
Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructora de formación en el área de Interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza de los contextos laboral y social de los diferentes programas que atiende el centro de desarrollo agroindustrial, turístico y tecnológico del Guaviare en el departamento del Guaviare.

CLAUSULA CUARTA:

*EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL												
FICHA CARACT.	**PROGRAMA DE FORMACIÓN**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**	**HORARIO**	**L**	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
2026458	*Gestión Integrada de la Calidad, medio ambiente…*	*19.5*	*10/02*	*06/04*	*06:30 – 13:00*	*x*						
2058968	*Gestión Integrada de la Calidad, medio ambiente…*	15	*11/02*	*07/04*	*13:00 – 18:00*		*x*					
2051954	*Enfermería*	*21*	*12/02*	*25/03*	*6:00 – 13:00*			*X*				
2026464	*Talento Humano*	*15*	*12/02*	*13/03*	*18:00 – 23:00*			*X*		*x*		
2059432	*Talento Humano*	*15*	*13/02*	*23/04*	*13:00 – 18:00*				*x*			

TOTAL HORAS ACADÉMICAS												
***OTRAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL**												
DETALLE	**NOMBRE DE ACTIVIDADES**	**HORAS**	**FECHA INICIO**	**FECHA FINAL**								
actividades alistamiento	**Actividades de planeación, evaluación y preparación de informes de equipos ejecutores para entrega trimestral**	**40**	**07/02**	**29/02**		*x*	*x*	*x*	*x*	*x*		
TOTAL HORAS MES		**125**										

La coordinación certifica que el instructor se encuentra al día en los reportes y novedades que se deben ingresar al aplicativo Sofiaplus (Inasistencias, Juicios Evaluativos, etc.), y que las fichas aquí relacionadas han sido debidamente cargadas.

Para el trámite de la cuenta, en mi calidad de contratista me permito adjuntar, Fotocopia de la Planilla- Recibo de pago de Aportes a Salud, Pensiones y ARL, planilla # ***40455828*** expedido por: Mi planilla compensar correspondiente al mes de **Enero** de **2020** y certifico Bajo la gravedad de juramento que los pagos de aportes al sistema de seguridad social soportados Corresponden a los ingresos pertinentes del contrato # CO1.PCCNTR.1348576. Parágrafo 1 del Artículo 4 del decreto 2271 de junio de 2009.

Recibí a Satisfacción:

DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA
CONTRATISTA

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRÍGUEZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO
(CO1.PCCNTR.1348576)
Coordinador Académica

siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL · SENA	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

San Jose del Guaviare, **11/02/2020**

Señor (a)
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRÍGUEZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.1348576**
Coordinador Académico
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes **febrero** del año **2020**

Referencia: No (CO1.PCCNTR.**1348576**) del año (**2020**)

DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA identificado con la cédula de ciudadanía No. 79955454 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en Formación Profesional Integral, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago:
Se fija como valor total para el contrato la suma de VEINTITRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE ($23.428.380). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de febrero de 2020 por valor de DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE ($2.993.626) b) (5) pagos iguales por los meses de (marzo) a (julio) de 2020, por valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE ($3.904.730) cada uno. c) Un último pago correspondiente a los días del mes de agosto por *valor de NOVECIENTOS ONCE MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE ($911.104).*

Plazo: *Será hasta el (07) de (08) de 2020.*

OBJETO:
Prestación de servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar procesos de formación en el área Institucional de Integralidad de la formación - interacción y función pública, que imparte el Centro de Desarrollo Agroindustrial, Turístico y Tecnológico del Guaviare, en el departamento del Guaviare y Sur del Meta

CLÁUSULA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias

2	Impartir formación en los horarios y lugar que la entidad indique	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
3	Conformar equipos de desarrollo curricular Interdisciplinarios por programa o conjunto de programas por redes tecnológicas, para garantizar integralidad en la formulación de proyectos formativos, el diseño de actividades de aprendizaje, Productos derivados de la ejecución de los proyectos de formación, entre otras.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
4	Seleccionar estrategias de enseñanza–aprendizaje evaluación según el programa de Formación Profesional y el enfoque metodológico adoptado, entrega de guías de aprendizaje, herramientas de evaluación y programación de las acciones de enseñanza aprendizaje.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
5	Orientar los procesos de aprendizaje según las necesidades detectadas en los procesos de evaluación, metodologías de aprendizaje y programas curriculares vigentes.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
6	Programar las actividades de enseñanza – aprendizaje – evaluación de conformidad con las estructuras curriculares, el calendario institucional y el Manual de Procedimientos para la ejecución de acciones de Formación Profesional.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
8	Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de tres (3) días, 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, proyectos de formación, registro de los juicios evaluativos, creación de rutas y asociación de aprendices.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
10	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.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA
12	Evaluar el proceso de aprendizaje en cinco (5) días máximo después de culminar las acciones de formación, las estrategias, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Formación en interacción idónea. 2026458, 2058968,2051954,2026464, 2059432	LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO EN SOFIA

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			FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN

siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL SENA	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO		
1.				
2.				
.....				

Nota 1: *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 la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, N° **40455828** expedido por **MI PLANILLA** correspondiente al mes de **ENERO** del año **2020**.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA
Contratista
C.C. No. 79.955.454 de Bogotá.

Recibí a satisfacción:

Firma
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRÍGUEZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1348576
Coordinador Académico

compensar | miplanilla.com

Identificación	79955454	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	3213407557
Razón Social	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA	Dirección	Manz Y3 Casa 13	Fecha Pago	05/02/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	Periodo Salud	Enero-20
Banco	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	No. Planilla	40455828	Periodo Pension	Enero-20
Total a Pagar	$259,500	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$878,000	$140,500	$0	$0	$0	$0	$0		$140,500
Totales				$878,000	$140,500	$0	$0	$0	$0	$0		$140,500

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473	1	$878,000	$109,800	$0	$0		$0		$0		109800	$109,800
Totales				$878,000	$109,800	$0	$0		$0		$0		$109,800	$109,800

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	1	$878,000	$9,200	$0				9200	$9,200

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 005-1

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA	**NIT:**	79955454
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2020
Número de Radicación:	40455828	**Total a pagar:**	$259,500
Fecha de vencimiento:	13/02/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	05/02/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número Autorización:**	559334689
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$9,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$140,500
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS SAS	1		$0	$109,800
						$259,500

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San José del Guaviare, 12 de febrero de 2020

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:

NUIP - NIP	**1120581409**	**JULIANA GRANADOS RAMIREZ**	**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: DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA.

C.C. 79.955.454 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Indicativo N 3357242

NUIP 120.581.409

Tipo de certificado | Datos Extemporáneos | Aclaración Parentesco X

Datos del Inscrito
Apellidos y Nombres completos
GRANADOS RAMIREZ JULIANA

Fecha de Nacimiento (Año en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2015 Mes NOV Día 06 | FEMENINO | A +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de Inscripción (Año en letras) | Indicativo serial
Año 2015 Mes NOV Día 24 | 0052125595

Datos de la Madre
Apellidos y Nombres completos
RAMIREZ JOYA LUZ ESPERANZA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.096.949.281 | COLOMBIA

Datos del Padre
Apellidos y Nombres completos
GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 79.955.454 | COLOMBIA

Datos del Declarante
Apellidos y Nombres completos
GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 79.955.454

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el Certificado
País | Departamento - Municipio | Clase
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE | X 2 R

Fecha de Expedición del certificado (Años en letras)
Año 2015 Mes NOV Día 24

Nombre y Firma del funcionario
WILLIAM HERNANDEZ
Registrador del Estado Civil

Antonio Cano Registro Civil 17055459-4