SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL CAUCA**

**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **04966-722251** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS | **Banco a consignar:** | BANCO DE BOGOTA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 34.570.882 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | julieticabolanos@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 520100975 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3175179011 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Servicios en general a persona declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5840717/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **14624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red de: Logistica y Transporte, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del departamento del Cauca |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 35.724.368 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 40.934.163 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 31.258.823 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 1,92% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 95.248 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.465.545 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 8.931.090** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.972.481** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 95.248** |

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

| | | Marzo | Febrero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8629541476** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 285.800 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 223.300 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 9.400 | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ 208.000 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 893.109 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ 162.500 | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 1.658.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.171.567 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.972.481,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.545,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 95.248,00 | 1,92% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 300 - POPAYAN | 8.931,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.361.366,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en el tecnólogo en Coordinación de procesos logísticos en las fichas: 2879823 - 2879824 - 2879825

Competencia: Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa.

Resultados de Aprendizaje: Determinar los requerimientos de clientes y proveedores según políticas de servicio

**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

**NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS**
**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,

**OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO**
**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**
**HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/03/24 21:36:24 USUARIO: SIC - C.C. 34570882

Banco AV Villas

# COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 34 570 882

Valor a Pagar $: 554 600

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 6 5 9 2 0 3 2 6 9

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 02

AVV 251 20240309 09:38 SC 950 LINEA A
VR PAGADO: 554,600.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8659203269 0
ID:34570882
Fecha Aplicación:20240311 PIN:93810
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Impreso por dispapeles SAS NIT 860028580-2 60124

FM-083-V2

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 34570882 | 0 | NOHORA JULIETA BOLANOS BOLANOS | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 19-1 | CLL 6 9 83 | | 3175179011 | | | JULIETICABOLANOS@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-02 | 2024-02 | 8629541476 | I | 2024-03-11 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 554.600 | 0 | AvVillas |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8659203269 | 2024-03-20 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N. | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot. | ARL | IBC | Cot. | Cot. | Cot. | Cot. | | | | | |
| 1 | CC 34570882 | BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA | 1.787.000 | | | | | | | | X | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION -230201 | 1.787.000 | 286.000 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037 | 1.787.000 | 223.400 | COMFACAUCA-CCF14 | 1.787.000 | 35.800 | 1.787.000 | 9.400 | 0,00522 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 0 | 554.600 | N | 1841201 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| CC 34570882 | 0 | NOHORA JULIETA BOLANOS BOLANOS | I | 0 | POSITIVA - 14-23 | ÚNICA | 7490 | Natural |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 19-1 | CLL 6 9 83 | | 3175179011 | | | JULIETICABOLANOS@GMAIL.COM | | N |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2024-02 | 2024-02 | 8629541476 | I | 2024-03-11 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 554.600 | 0 | AvVillas |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 1 | 8659203269 | 2024-03-20 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 1.787.000 | 1.787.000 | 1.787.000 | 1.787.000 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 286.000 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 286.000 | 0 | 0 | 0 | 286.000 |
| EPS(Administradoras: 1) | | | | 1 | 223.400 | 0 | 0 | 0 | 223.400 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | EPS037 | 900156264 | 2 | 1 | 223.400 | 0 | 0 | 0 | 223.400 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 1 | 9.400 | 0 | 0 | 0 | 9.400 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | 9.400 | 0 | 0 | 0 | 9.400 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 1 | 35.800 | 0 | 0 | 0 | 35.800 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891500182 | 0 | 1 | 35.800 | 0 | 0 | 0 | 35.800 |
| Gran Total | | | | | 554.600 | 0 | 0 | 0 | 554.600 |

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Popayán, 11 de marzo de 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:

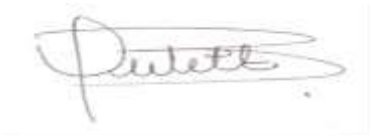
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.061.740.108** | **Manuela Gómez Bolaños** | **HIJO** |

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: Nohora Julieta Bolaños
C.C. 34.570.882

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años. | Registro civil de nacimiento |
| | 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. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.061.740.108

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42915637

*42915637*

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

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GOMEZ | BOLAÑOS |

Nombre(s): MANUELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes AGO Día 04 | FEMENINO | | |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 51499289-9 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 34.570.882 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: GOMEZ LASSO FREDDY

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 94.429.147 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: GOMEZ LASSO FREDDY

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 94.429.147 | |

**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 2009 Mes AGO Día 06 | MARIA ELVIRA PRADO PAREDES - REGI<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

Libro de VARIOS T. 24 F 216

Adhesivo Copia Registro Civil
31552158-5

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

**REGISTRADURÍA**
**NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

REGISTRADURÍA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
POPAYAN - CAUCA

C E R T I F I C A

QUE ESTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
CON INDICATIVO SERIAL No. 42915637

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Que se lleva en la Registraduría de
Popayán, es fiel copia del original

22 DE JULIO DE 2022

**CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS**
Registradora Especial Del Estado Civil
Popayán – Cauca

**LA REGISTRADURÍA DEL SIGLO XXI**

(Adhesive-reflective seal) Civil Record / Bar code No. 31552158-5 / ELECTORAL ORGANIZATION / (Colombian coat of arms) / OFFICE OF THE NATIONAL CIVIL RECORDS REGISTRAR

**REPUBLIC OF COLOMBIA** / ELECTORAL ORGANIZATION

OFFICE OF THE NATIONAL CIVIL RECORDS REGISTRAR

Translator's note. The following code appears below the bar code on the upper right corner of the original document: **42915637**

## BIRTH RECORD

Sole Personal Identification Number: 1,061,740,108 Serial No.: **42915637**

Data About The Records Office - Type of Office

Registrar's Office: **X** Office of the Notary Public: (blank) Number: (blank)

Consulate: (blank) District: (blank) Police Station: (blank) Code: FZF

Country - State - Municipality - District and/or Police Station: OFFICE OF THE REGISTRAR OF POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

**Registered Person's Data** First Last Name: **GOMEZ** Second Last Name: **BOLAÑOS**

Name: **MANUELA** Date of Birth: Year: **2009** Month: **AUGUST** Day: **04**

Sex: **FEMALE** Blood Type: (blank) RH Factor: (blank)

Place of Birth (Country, State, Municipality, District and/or Police station): COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN Type of record document or Witnesses statements: MEDICAL CERTIFICATE OR LIVE BIRTH CERTIFICATE

Live Birth Certificate Number: 51499289-9

**Mother's Data** Full Name: **BOLAÑOS BOLAÑOS NOHORA JULIETA**

Identification document (type and number): COLOMBIAN IDENTIFICATION DOCUMENT No. 34,570,882 Nationality: COLOMBIAN

**Father's *Data*** Full Name: **GOMEZ LASSO FREDDY**

Identification document (type and number): COLOMBIAN IDENTIFICATION DOCUMENT No. 94,429,147 Nationality: COLOMBIAN

William Díaz

**Informant's Data** Full name: **GOMEZ LASSO FREDDY**

Identification document (type and number): COLOMBIAN IDENTIFICATION DOCUMENT No. 94,429,147 Signature: (signed) Freddy Gomez Lasso

**First Witness' Data** Full name: (blank)

Identification document (type and number): (blank) Signature: (blank)

**Second Witness´ Data** Full name: (blank)

Identification document (type and number): (blank) Signature: (blank)

**Date of Registration** Year: **2009** Month: **AUGUST** Day: **06**

Name and signature of the authorizing official:

(Signed) Maria Elvira Prado Paredes

Name and Signature: MARIA ELVIRA PRADO PAREDES - REGISTRAR

Paternal Acknowledgment: (signed) Freddy Gomez Lasso

Name of the official before whom this acknowledgment is made: (blank)

**SPACE FOR REMARKS**

Miscellaneous Book - Volume 24 - Page 216 / (Signed)

- THE ORIGINAL RECORD IS FILED WITH THE RECORDS OFFICE

Translator's note. The following data comes from the revers side of the original birth record:

**OFFICE OF THE CIVIL STATUS REGISTRAR**

THE OFFICE OF THE SPECIAL CIVIL RECORDS REGISTRAR OF POPAYAN - CAUCA

CERTIFIES

THAT THIS CIVIL BIRTH RECORD UNDER SERIAL No. 42915637, on file in this Office of the Registrar of Popayan, is a true to the original copy.

JULY 22, 2022

(Signed) CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS

Special Civil Records Registrar
Popayan - Cauca
THE OFFICE OF THE CIVIL RECORDS REGISTRAR OF THE XXI CENTURY

William Díaz

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.061.740.108

GOMEZ BOLAÑOS

APELLIDOS

MANUELA

NOMBRES

Manuela gomez B.

FIRMA

Powered by CamScanner

FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-2009**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**04-AGO-2027** **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**24-JUL-2017 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1100100-00930755-F-1061740108-20170810 **0056985231A 3** 7764543190

Powered by CamScanner