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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**81366-137262**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIME ALBERTO LONDOÑO BRICEÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	89.000.058	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jlondonob@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	75656075589
IP/Nº de contacto:	62815	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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	SI
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5777631/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACION INTEGRAL TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL 63-9-2024-000579

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.105.984
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.930.183
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.640.439

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7917885901**
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		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.748		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - ARMENIA	0,00	0,000%
-	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	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión de guías de aprendizaje, material de formación, material de apoyo de acuerdo al horario asignado por coordinación académica

Se da respuesta a las obligaciones generales del contratista, obrando de manera responsable y respetuosa

Se ejecutaron las acciones de formación profesional de acuerdo a la programación asignada por la Coordinación para el II trimestre de

Se aplicaron según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos.

Seguimiento al desarrollo de aprendizaje de los aprendices según los programas de formación titulada virtual asignados, en LMS ZAJUNA

Se acatan los lineamientos del sistema integrado de gestión y el sistema de salud en el trabajo.

Para el presente mes se realiza promoción del porfolio de servicios, ferias educativas y ofertas de los diferentes programas de forma

Se promueve en los aprendices el cumplimiento de normas de seguridad y salud ocupacional en los diferentes ambientes de formación.

Se realiza consulta de los lineamientos establecidos en la Guía Orientaciones para la Formación en Ambientes Virtuales de Aprendizaje

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

JAIME ALBERTO LONDOÑO BRICEÑO
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,

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
PROFESIONAL G13

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/04/24 08:28:35 USUARIO: SIC - C.C. 89000058

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	89000058
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME ALBERTO LONDONO BRICENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CL 22 NTE 19 170	TELÉFONO:	4387613
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7917885901**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		544665639

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.400	$ 0	$ 286.400
SUBTOTALES:										**$ 286.400**	**$ 0**	**$ 286.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.800	$ 0	$ 0	$ 223.800
SUBTOTALES:													**$ 223.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.400	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 9.400
SUBTOTALES:									**$ 9.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 89000058	LONDOÑO BRICEÑO JAIME ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.790.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.790.000	$ 286.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 286.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.790.000	$ 223.800	$ 0	$ 223.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.790.000	89000058	$ 9.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 519.600**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	89000058
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME ALBERTO LONDONO BRICENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CL 22 NTE 19 170	TELÉFONO:	4387613
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7917885901**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		544665639

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 286.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 286.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 223.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 519.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 519.600**

Planilla Pagada

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: JAIME ALBERTO LONDOÑO BRICEÑO

Nro. de recibo: 7917885901

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 10.80.25.153

Concepto: CC

Razón Social: 89000058

Fecha y hora de la transacción: Domingo 31 de Marzo de 2024 11:35:55 AM

Nro. de comprobante: 0000011636

Valor pagado: $ 519,600.00

Producto: *******5589

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2024-001689
29/04/2024 10:02:20
Destinatario: 639538

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 29 de Abril 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:

C.C.	**1004915410**	**Manuela Londoño Londoño**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: Jaime Alberto Londoño Briceño
C.C. 89000058



FECHA DE NACIMIENTO 11-AGO-2000

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 AB+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

17-AGO-2018 ARMENIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

Escaneado con CamScanner

P-2600100-01035105-F-1004915410-20180831 0062455869A 1 4175095987

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.004.915.410

LONDOÑO LONDOÑO

APELLIDOS

MANUELA

NOMBRES

Manuela Londoño L

FIRMA

Escaneado con CamScanner

BANCO DAVIVIENDA
Recaudo Empresarial
Fecha: 29/01/2024 Hora: 14:00:28
Jornada: Normal
Oficina: 1362
Terminal: CJ13629705
Usuario: TAP

DATOS DEL CONVENIO
Nombre del Convenio:
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO MATRICUL
Cuenta Convenio: ********9079
Código Convenio: 1169192
No. de Referencia 1:
00100491541070000063994 99
Forma de Pago: Efectivo
Vr. Total: $77,529.00
Costo Transacción: $.00
No. Transacción: 520504
Quien realiza la transacción
Tipo Id: CC
No Id: 89007644
Transacción exitosa en línea
Por favor verifique que la
información impresa es correcta.

ALTA CALIDAD

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FENR17_GWT*
25 de enero de 2024 17:20:51
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 639949

ESTUDIANTE

Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 25 de enero de 2024

	LONDOÑO MANUELA
0	Código: 1004915410 Tel. 7316297
OGÍA (JORNADA DIURNA)	
EGURO ESTUDIANTIL	$ 7,101.00 COP
MATRÍCULA EN CONTINUIDAD	$ 70,428.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 77,529.00 COP	2/02/2024

SELLO DEL BANCO

ALTA CALIDAD
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300
FENR17_GWT*
25 de enero de 2024 17:20:51
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 639949

UNIVERSIDAD

BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 25 de enero de 2024

NOMBRE	LONDOÑO LONDOÑO MANUELA	
No. IDENTIFICACIÓN	1004915410 Código: 1004915410 Tel. 7316297	
PERIODO	20241	
PROGRAMA ACAD.	64 - BIOLOGÍA (JORNADA DIURNA)	
NIVEL ACTUAL	10	
CONCEPTO	00130 - SEGURO ESTUDIANTIL PROFES.	$ 7,101.00 COP
CONCEPTO	00188 - MATRÍCULA EN CONTINUIDAD	$ 70,428.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 77,529.00 COP	2/02/2024

SELLO DEL BANCO

UNIVERSIDAD

ALTA CALIDAD
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300
FENR17_GWT*
25 de enero de 2024 17:20:51
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 639949

BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 25 de enero de 2024

NOMBRE	LONDOÑO LONDOÑO MA...
No. IDENT.	1004915410
PERIODO	20241
PROG.	64 - BIOLOGÍA...
NIVEL ACTUAL	10
CONCEP.	SEGURO ESTUDIANTIL
CONCEP.	MATRÍCULA EN CONTI.

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Ordinaria	$ 77,529.00 COP	2/02/2024

Cod. BCO.	No. CHEQ. GER.	VALOR
	EFECTIVO	
	TOTAL	

Ordinaria **$ 77,529.00 COP** **PAGUE HASTA** **2/02/2024**

(415)7709998733886(8020)00100491541070000639949 9(3900)00077529(96)20240202

BANCO

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Powered by CamScanner

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

NUIP

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29436696

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5 0 0 9

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	LONDOÑO

Nombre(s): MANUELA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 0 Mes A G O Día 1 1

Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: "AB" — Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: A2078970

manuela
manuela

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO RESTREPO MARIA DEL PILAR
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 41.927.725 DE ARMENIA Q.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO BRICEÑO JAIME ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 89.000.058 DE ARMENIA Q.
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO BRICEÑO JAIME ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 89.000.058 DE ARMENIA Q.
Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Firma

Fecha de inscripción: Año 2 0 0 0 Mes A G O Día 1 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GILBERTO RAMIREZ ARCILA
Nombre y firma

NOTARIA CUARTA — GILBERTO RAMIREZ ARCILA — NOTARIO

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE ARMENIA QUINDIO DOY FE QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA.
SE EXPIDE PARA
A SOLICITUD DE
IDENTIFICADO CON C.C. No.

28 NOV. 2002

NOTARIA CUARTA
Gilberto Ramirez Arcila
NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamSc