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 SANTANDER**

**CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **922510** |
| **Fecha Elaboración** | **23 de Mayo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **57845-798794** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CESAR AUGUSTO REYES RODRIGUEZ | **Banco a consignar:** | BANCO COLPATRIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 91.496.288 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | cesarreyes@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 382047978 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **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** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6250348/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **91424** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION EN LA ESTRATEGIA DE CAMPESENA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 230 DIAS VR MES $4.465.545 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/05/2024 Al 31/05/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 33.342.736 |
| **Número de pago** | **2** | **Valor Total del Contrato:** | $ 34.235.845 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 28.877.191 |

## 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 | $ 893.109 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.358.654** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.957.189** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Mayo | Abril |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **76503570** |
| **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 V | | $ - | $ 0 |
| 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 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 | | $ 535.865 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 986.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 108.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.957.189,00 | 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 | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - FLORIDABLANCA | 26.793,00 | 0,600% |
| - | 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** | **$4.438.752,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se representa al SENA ante comunidad campesina de Bucaramanga y Girón.

Se realizó presentación del programa CAMPESENA con representantes de junta de acción comunal para promover los cursos del programa Cam

Promoción de los cursos del programa Campesena a través de redes sociales y llamadas telefónicas.

Se adjunta planilla de seguridad social del mes de abril de 2024.

Se realiza informe para el mes de mayo de 2024

Preparación preliminar de material informativo para presentar a las comunidades interesadas.

**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

**CESAR AUGUSTO REYES RODRIGUEZ**
**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,

Firmado digitalmente por JA
Fecha: 2024.05.23 17:16:14 -05'00'

**JAVIER DIAZ DIAZ**
**INSTRUCTOR G18**

**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**
**JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

23/05/24 16:58:37 USUARIO: SIC - C.C. 91496288

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 | 91496288 | CESAR AUGUSTO REYES RODRIGUEZ | Carrera 23 # 20 A - 51 | 3003118056 | cesarreyesr@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | SANTANDER | GIRÓN | | 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 03/05/2024 | 76503570 | $556.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 225.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 225.000 | 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 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 288.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 43.900 | | | | 43.900 | 0 | 0 | 43.900 | | | 439 | 43.900 | 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 | 225.000 | 225.000 |
| Pensión | 1 | 288.000 | 288.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 43.900 | 43.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 556.900 | 556.900 |

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 |
| CC | 91496288 | CESAR AUGUSTO REYES RODRIGUEZ | | Carrera 23 # 20 A - 51 | 3003118056 | cesarreyesr@hotmail.com |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | SANTANDER | GIRÓN | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 03/05/2024 | 76503570 | $556.900 | |

## 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 | 91496288 | REYES RODRIGUEZ CESAR AUGUSTO | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.800.000 | 288.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.800.000 | 225.000 | 14-23 | 1.800.000 | 3 | 43.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 22 de mayo de 2024

Señores:
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.** | **1095926060** | **CÉSAR GABRIEL REYES SANABRIA** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1096544049** | **DANIEL ADRIÁN REYES SANABRIA** | **HIJO** |

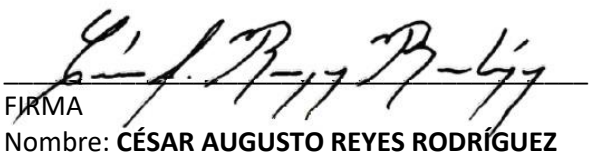
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: **CÉSAR AUGUSTO REYES RODRÍGUEZ**
C.C. 91496288 de Bucaramanga

Adhesivo Copia Registro Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

19261629-0

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
ORGANIZACION ELECTORAL
**REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

# CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 0535651

**NUIP** 1.095.926.060

*Tipo de certificado* | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco **X**

## *Datos del Inscrito*

Apellidos y Nombres completos

REYES SANABRIA CESAR GABRIEL

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 0 0 9 | Mes | J U L | Día | 2 1 | | | | | | MASCULINO | B + |

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

| Fecha de Inscripción (Mes en letras) | | | | | | | | | | | Indicativo serial |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 0 0 9 | Mes | A G O | Día | 0 6 | | | | | | 0043121667 |

## *Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

SANABRIA CALDERON LUISA FERNANDA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.095.919.103 | COLOMBIA |

## *Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

REYES RODRIGUEZ CESAR AUGUSTO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 91.496.288 | COLOMBIA |

## *Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

SANABRIA CALDERON LUISA FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.095.919.103

## *Espacio para notas*

## *Datos de la oficina de registro que expide el certificado*

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA SANTANDER GIRON | Código: Q 2 V

| Fecha de Expedición del certificado (mes en letras) | | | | | | | | | | | Nombre y firma del funcionario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Año | 2 0 1 6 | Mes | S E P | Día | 0 2 | | | | | | LUIS GUILLERMO ACUÑA B. |

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

| NUIP | 1096544049 |
|---|---|

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59351312

*59351312*

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

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | 01 | ☐ | ☐ | ☐ | Q 3 V |

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

********** COLOMBIA ****** SANTANDER **********GIRÓN*********

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| REYES | SANABRIA |

Nombre(s)

DANIEL ADRIAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2019 Mes ENE Día 05 | MASCULINO | "O" | POSITIVO |

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

COLOMBIA ******** SANTANDER ********* BUCARAMANGA **********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 14948295 - 9 |

**Datos de la madre o padre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

SANABRIA CALDERON LUISA FERNANDA **********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 1.095.919.103 ********** | COLOMBIANA |

**Datos de la madre o padre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

REYES RODRIGUEZ CESAR AUGUSTO **********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 91.496.288 ********** | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

REYES RODRIGUEZ CESAR AUGUSTO **********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No 91.496.288 ******* | |

**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 2019 Mes ENE Día 08 | Magola Durán Dueñas<br>Notaria Encargada<br>Circulo de Girón (S)<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner