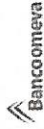


 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP		Código Regional	63
		Código Centro	923110
		Fecha Elaboración	24 de abril de 2020
		Versión	MARZO 2020 - 3.20
		ID de Proceso	01356-474462
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:		CHARLES BONILLA CEDANO	
Correo electrónico contratista:		cbonillac@sena.edu.co	
C.C.		7.553.311	
IP/N° de contacto		62865	
Régimen del IVA: ☒ RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO	
Es declarante de renta? ☐ SI		Es Pensionado? ☐ NO	
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI		Inducción SST ☐ SI	
Presta Servicios Excluidos de IVA? ☐ SI			
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	
Tipo de cta		AHORROS	
N° Cuenta		86581687097	
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 \$ 117.503.000		NO	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:		1330229/2020	
N° Compromiso SIIF		6820	
Valor Total del Contrato		\$ 38.233.333	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 31.080.000	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 27.380.000	
N° Pago		3	
Periodo objeto de pago		Del 01/04/2020 Al 30/04/2020	
Comisiones		\$ 0,00	
Valor Bruto Pago		\$ 3.700.000,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios		\$ 3.700.000	
Ingresos por comisiones		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.700.000	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.181.150	
Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o. N° Radicación pago SS		Abril Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.480.000 \$ 1.480.000	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 185.000 \$ 185.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 236.800 \$ 236.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ - \$ 0	
ARL V		\$ - \$ 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		\$ 370.000	
Salud hasta \$ 569.712		\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 727.050	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -	
Valor Base retención en la fuente		2.181.150,00	
Valor Base retención en la fuente ICA		3.278.200,00	
Valor base IVA		3.700.000,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00 19%	
Menos Retención en la Fuente		0,00 0,00%	
Menos Retención IVA		0,00 15%	
Reteica - 8299		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%	
Descuentos de Libranza		0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
VALOR A PAGAR		\$ 3.700.000,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con lineamientos institucionales</p> <p>Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el curricular y/o proyecto formativo de los programas</p> <p>Aplicar según la modalidad y niveles, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a lineamientos</p> <p>Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa</p> <p>Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación</p> <p>Acatar los lineamientos del SIG y el SSST y asistir a las convocatorias que el centro programe</p> <p>Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios</p> <p>Aplicar al proceso de certificación de la norma "Orientar procesos formativos con base en los planes de formación concertados"</p> <p>Mantener su autonomía en independencia en la ejecución del contrato</p> <p>Permanecer identificado con el carné dentro de las instalaciones del SENA</p> <p>Promover en los aprendices y velar por el cumplimiento de las normas de seguridad industrial y salud ocupacional</p> <p>Informar al centro dentro de las 24 horas siguientes al conocimiento del hecho que pueda incidir en la oportuna ejecución del contrato</p> <p>Atender oportunamente las solicitudes y requerimientos hechos por la Subdirección del centro, Coordinación y supervisión del contrato.</p> <p>El instructor solo podrá reportar un máximo de 160 horas mes, conforme a las horas académicas impartidas</p> <p>Cuando sea riesgo sea 4 0 5 el pago de ARL lo asumirá el SENA</p>			
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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			
		CHARLES BONILLA CEDANO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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 periodo 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.			
		GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES 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			
ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE TIPO IDENTIFICACIÓN: Cédula de Ciudadanía CÉDULA DE CIUDADANÍA: 7044448 DEPARTAMENTO: ARMENIA LOS ROBLES TELEFONO: 02-2009466 TIPO APORTANTE: PAGO DE APORTES FORMA DE REPRESENTACIÓN: UNICO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEHA Y ICFE (REFORMA TRIBUTARIA): NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 4329174014 MES: mayo AÑO: 2020 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 20200405 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 20200405	
DATOS DEL APORTANTE NOMBRE: CHARLES BONILLA CEDANO DÍA DE NACIMIENTO: 7044448 LUGAR DE NACIMIENTO: LINDERO ACTIVIDADES REGULADORAS Y FACILITADORAS DE LA ACT: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act		DATOS DEL EMPLEADOR NOMBRE: UNICO DÍA DE NACIMIENTO: 7044448 LUGAR DE NACIMIENTO: LINDERO ACTIVIDADES REGULADORAS Y FACILITADORAS DE LA ACT: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	

TOTAL APORTES A PERSECIÓN									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A PERSECIÓN									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A PERSECIÓN									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A SALUD									
CÓDIGO	26-14 COLPENSIONES	Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	TOTAL
EP007		1	\$ 238.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.600
SUBTOTAL:									
TOTAL APORTES A SALUD									

||
||
||



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 7553311
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CHARLES BONILLA CEDANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	LOS ROBLES TELÉFONO:	7454545
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:	4329134014	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	3	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999669524

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 237.400
SUBTOTAL:			1	\$ 237.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 185.400
SUBTOTAL:			1	\$ 185.400

TOTAL PAGADO:	\$ 422.800
----------------------	-------------------

Armenia, 13 /04/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

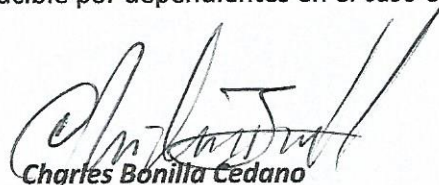
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 29. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Silvana Bonilla Arias	1.092.851.093	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


Charles Bonilla Cedano
c.c. 7.553.311

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.

GTH-F-088 V02

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 100-854003

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35096776

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒	05	☐	☐	☐	50 11

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

COLOMBIA QUINDIO ARRIETA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido				
BONILLA	ARIAS				
Nombre(s)					
SILVANA					
Fecha de nacimiento					
Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2005	ENE	09	FEMININO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)					
COLOMBIA QUINDIO ARRIETA					

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO

Número certificado de nacido vivo

A.5065437

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARIAS PRITO LIZ ARRIETA

Documento de identificación (Clase y número)

cc 41.928.720 de Arrieta

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BONILLA CEDATO GUARINO

Documento de identificación (Clase y número)

cc 7.553.311 de Arrieta

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIAS PRITO LIZ ARRIETA

Documento de identificación (Clase y número)

cc 41.928.720 de Arrieta

Firma

[Firma manuscrita]

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

Año

2005

Mes

ENE

Día

31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Dr. Carlos Alberto Rojas Rojas

Nombre y firma

[Firma manuscrita]

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO