Bogotá D.C., 01 de junio de 2020

Señores:
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
Secretaría General
Agencia de Desarrollo Rural
Ciudad

Asunto: Radicación de documentos para el trámite de pago del Soporte contractual No. No. 390 de 2020

Con el fin de realizar el trámite de pago hago entrega de los siguientes documentos, de acuerdo con el concepto de pago: CUARTO PAGO DEL CONTRATO 3902020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 1 AL 31 DE MAYO DE 2020

N°	DOCUMENTOS	PRESTACIÓN SERVICIOS / CONSULTORÍA	OBRA	SUMINISTRO	OTROS
1	Certificación de Recibido a satisfacción parcial de bienes y/o servicios (Original)	1			
2	Factura (Original)				
3	Declaración Juramentada Depuración de la base del calculo de Retención (Original - Persona Natural)	1			
4	Planilla de pago Aportes Seguridad Social (Persona Natural)	2			
5	Certificación Aportes Parafiscales (Persona Jurídica)				
6	Acta de Obra				
7	Comprobante Entrada de Bienes al Almacén				
8	Certificación de recibido a satisfacción final de bienes y/o servicios (Original)				
9	Resolución (Copia)				
10	Paz y Salvo para contratistas a la finalización del Contrato (Original)				
11	Certificado y/o soporte del pago FIC				
12	Otros ¿Cuáles?: Informe de actividades en 5 folios. Evidencias en carpeta Digital. Certificado de crédito de intereses, registros civiles de 3 hijos	4			
TOTAL FOLIOS		8			
DECRETO No. 568 de 2020 -- Impuesto Covid-19					
En Cumplimiento al Decreto Legislativo 568 del 15 de abril de 2020 (Impuesto Covid-19) y bajo la Gravedad de Juramento estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.		MARQUE			
		SI		**NO**	x
Recibo ingresos por pensión		**SI**		**NO**	x
Aplicar Aporte Voluntario - Impuesto COVID-19 Decreto 568 /2020		**SI**		**NO**	x

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO
Firma / Nombre para aprobación	El contratista certifica el cumplimiento a satisfacción dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.
	FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO C.C. No. 59312792 de Pasto

ADR Agencia de Desarrollo Rural	**CERTIFICACIÓN DE RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSOS**	El campo es de todos Minagricultura
Código: F-FIN-016	Versión: 1	Página 1 de 1

ASPECTOS GENERALES Y EJECUCIÓN

Soporte contractual No.	**390**	Año	**2020**	
Contratista/Entidad	FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO			
Dirección:	MANZANA 10 CASA 6 TAMASAGRA I ETAPA	Teléfono:	3042165388	
Identificación		Correo electrónico:	pamechavesg@gmail.com	
Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es):	**LUIS ALEJANDRO TOVAR ARIAS**			
Dependencia:	Vicepresidencia de Integración Productiva	No. Extensión o teléfono:	2713	
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales a la Dirección de Acceso a Activos Productivos estructurando y formulando Proyectos Integrales de Desarrollo Agropecuario y Rural Con enfoque Territorial y apoyando los procesos de ejecución de los proyectos cofinanciados por la Agencia desde la Unidad Técnica Territorial.			
Fecha de inicio:	**14 de febrero de 2020**	Fecha terminación:	**30 de junio de 2020**	
Valor inicial del contrato:			**$ 34.500.000,00**	
Adición:			**$ 0,00**	
Valor total:			**$ 34.500.000,00**	
Valor pago mensual o como se haya pactado:			**$ 7.500.000,00**	
Prórroga (días):			**0**	
Suspensión (días):			**0**	
Terminación anticipada:				
Cesión:				
Cedente/Cesionaria:				
Despliegue la lista y seleccione el tipo de pago que aplica:			Parcial	
Concepto del pago:	CUARTO PAGO DEL CONTRATO 3902020, CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 1 AL 31 DE MAYO DE 2020			
Valor a pagar:			**$ 7.500.000**	

Código y Productos	%	RP	Valor
C-1702-1100-9-0-1702025-02 - REC. 11 - ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS - SERVICIO DE APOYO EN LA FORMULACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS - FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PLANES Y PROYECTOS INTEGRALES CON ENFOQUE TERRITORIAL PARA LA POBLACIÓN RURAL. NACIONAL	100%	62820	$ 7.500.000

CONCEPTO SUPERVISOR

Persona Natural:

El/la contratista, FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO, cumplió con las obligaciones contraídas en el **CONTRATO** N° 390 del año **2020**, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el período señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato Así mismo, en calidad de supervisor y/o interventor certifico que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II (En los casos que aplica). Por lo anterior, se autoriza pagar a el/la contratista la suma de $ **7.500.000**.

Persona Jurídica:

El (los) suscrito(s) supervisor(es) CERTIFICA que se verificaron los requisitos previstos en el contrato y/o convenio para este desembolso, así como las obligaciones concernientes al pago de la Seguridad Social Integral y Aportes Parafiscales, en los casos que aplique, y de acuerdo con el concepto de pago y/o desembolso se autoriza pagar la(s) factura(s) relacionadas (_____), por valor de $_____ cuyo valor se ajusta a las condiciones acordadas en el respectivo contrato. Certifico en calidad de supervisor que he recibido y aceptado el informe junto con los documentos requeridos para el trámite de pago en SECOP II (En los casos que aplica). Así mismo, certifico que el contrato cuenta con garantías contractuales aprobadas y vigentes (en los casos que aplica).

Observaciones:

INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

La presente certificación se presenta el día 01 de junio de 2020

Nombre del supervisor del contrato	**LUIS ALEJANDRO TOVAR ARIAS**			
Cargo del supervisor	VICEPRESIDENTE DE GESTIÓN CONTRACTUAL			
Estado certificación de recibo a satifacción de bienes y/o servicios y autorizacion de desembolsos	**Revisado**	**SI**	**Aprobado**	**SI**
Firma / Nombre para aprobación:	El supervisor certifica que el/la contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo.			

ADR Agencia de Desarrollo Rural ¡Cosechando progreso!	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCIÓN**	El campo es de todos Minagricultura
Código: F-FIN-005	Versión: 5	Página 1 de 1

Ley 1819 de 2016, Decreto 1070 de 2013, Decreto 099 de 2013, Concepto 1195 de 2009 y Decreto 1273 de 2018.

Bogotá D.C., 1 de junio de 2020

Señores
AGENCIA DE DESARROLLO RURAL
Ciudad

1. Para efectos de determinar la renta liquidad cedular y el mecanismo de retención en la fuente correspondiente, de acuerdo con lo establecido en los artículos 1º al 9º de la Ley 1819 de 2016, CERTIFICO que: Los Ingresos objeto de pago, corresponden a: **Rentas de trabajo**

2. Diligenciar solo cuando los ingresos sean por concepto de honorarios y por compensación por servicios obtenidos: Manifiesto que **No** he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad.

3. Declaro bajo gravedad de juramento que mis ingresos durante el año anterior **SI** **x** **NO** _____ superaron los 1.400 ($47,978,000) UVT.

4. Declaro bajo gravedad de juramento que **SI** **x** **NO** _____ soy declarante del impuesto a la renta en los términos definidos por la normatividad vigente.

5. Que para los efectos que sean pertenentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Identificación del empleador: 900.948.958 AGENCIA DE DESARROLLO RURAL
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: **COMÚN** _____ **SIMPLIFICADO** x
Contrato de Prestación de Servicios No.: 390 Fecha de inicio: 14 de febrero de 2020
Contratista: FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO Fecha terminación: 30 de junio de 2020
Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 7.500.000,00 Prorroga:
Valor total del contrato: $ 34.500.000,00 Valor de Adición:

6. Declaro bajo gravedad de juramento, en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Art. 2, Parágrafo 3 y 4 que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

Nombres y apellidos del dependiente	Documento de Identidad	Calidad de dependiente	Años	Solo para el caso de hijos mayores de 18 años
GABRIEL EDUARDO VILLARREAL CHAVES	**1.081.273.163**	**Hijo**	**16**	
SEBASTIAN CAMILO VILLARREAL CHAVES	**1.081.278.655**	**Hijo**	**11**	

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT ($ 1.139,424) por concepto de dependientes.

7. Durante el año 2019 cancelé intereses por crédito hipotecario por valor de $ 12.116.248,77 adjunto certificado.

8. Declaro que soy titular y consigno a la cuenta AFC No _____ de _____ por valor de _____

Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención copia de la consignación AFC, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario y demás disposiciones legales vigentes.

9. Declaro que consigno a pensiones voluntarias en _____ la suma de _____ y anexo soporte de consignación.

10. Declaro que consigne a Medicina pre-pagada en la vigencia anterior la suma de _____ que no supera las 192 UVT ($ 6.836.544) anuales, adjunto certificado.

11. Declaro bajo la gravedad de juramento, haber efectuado el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y ARL, y ANEXO los documentos soportes del mismo, conforme con lo dispuesto en el Decreto 1273 de 2018 y disposiciones legales vigentes.

12. Aplicación DECRETO No. 568 de 2020 -- Impuesto Covid-19 : bajo la gravedad de juramento, manifiesto a la Agencia de Desarrollo Rural que actualmente mantengo una relación contractual con otras Entidades de carácter público cómo se detalla a continuación:

No.	Nombre de la Entidad Pública con la cual tengo contrato suscrito y en ejecución	No. Contrato	Fecha de Inicio del Contrato	Fecha de Terminación	Valor Mensual de los Honorarios
1					
2					
3					

Atentamente,

INFORMACION DEL CONTRATISTA	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO
Firma / Nombre para aprobación	El contratista certifica el cumplimiento a satisfacción dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas en el periodo. Certifico el cumplimiento con las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social y con los aportes de salud, pensión y ARL.
	FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO C.C. No. 59.312.792 DE Pasto

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	59312792
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCIÓN:	MAZ 10 CA 6 BARRIO	TELÉFONO:	7366132
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:	**4338781006**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990362869

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 480.000
SUBTOTAL:			1	**$ 480.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 375.000
SUBTOTAL:			1	**$ 375.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.700
SUBTOTAL:			1	**$ 15.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 870.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	59312792
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PASTO	DEPARTAMENTO:	NARINO
DIRECCIÓN:	MAZ 10 CA 6 BARRIO TAMASAGRA I	TELÉFONO:	7366132
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:	**4338781006**				TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2020/05/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9990362869

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 480.000	$ 0	$ 480.000
SUBTOTALES:										**$ 480.000**	**$ 0**	**$ 480.000**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 375.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 375.000	$ 0	$ 0	$ 375.000
SUBTOTALES:													**$ 375.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 375.000**

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	$ 15.700	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:									**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA		ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 59312792	CHAVES GALEANO FRANCIS PAMELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.000.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 3.000.000	$ 480.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 480.000	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 3.000.000	$ 375.000	$ 0	$ 375.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 3.000.000	59312792	$ 15.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 870.700**

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1081273163

Indicativo Serial: 37256675

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L4W

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

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLARREAL	CHAVES

Nombre(s)

GABRIEL EDUARDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes MAY Día 22	MASCULINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5564119

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CHAVES GALEANO FRANCIS PAMELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 59'312.792 DE PASTO (N)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ZUÑIGA MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 18'129.682 MOCOA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ZUÑIGA MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C No. 18'129.682 MOCOA	X

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 2004 Mes JUN Día 01	DR: JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DR: JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NUIP: 1081273163

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
VALIDO PARA:
PASTO, 07 DIC 2010

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA
NOTARIO CUARTO DE PASTO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

© FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.081.278.655

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41341132

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 90 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L4W

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

NOTARIA 4 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLARREAL	CHAVES

Nombre(s)

SEBASTIAN CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes NOV Día 01	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51128563- 0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CHAVES GALEANO FRANCIS PAMELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 59.312.792	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ZUÑIGA MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.129.682	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ZUÑIGA MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.129.682	

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 2008 Mes NOV Día 18	JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA - NOT Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1080706805

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60060651

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 2 W

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

COLOMBIA - NARIÑO - PASTO NOTARIA 2 PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BURBANO	CHAVES

Nombre(s): CRISTIAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes SEP Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	151934784

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: CHAVES GALEANO FRANCIS PAMELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 59312792	COLOMBIA

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: BURBANO GALEANO OSCAR SALVADOR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 98393175	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BURBANO GALEANO OSCAR SALVADOR ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 98393175 — Firma

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

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE PASTO CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE CONFORME A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970, A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.
28 SET. 2019
PASTO

Fecha de Inscripción

Año 2019 Mes SEP Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MIRIAM CONSUELO LASSO MEDINA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

MIRIAM CONSUELO LASSO MEDINA
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

BBVA

NIT. No. 860.003.020-1
Cra 9 No. 72-21 Piso 7

CERTIFICADO DE PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS DE VIVIENDA

PARA EL AÑO GRAVABLE 2019

OFICINA O DEPENDENCIA 0767 BBVANET

NOMBRE TITULAR(ES)		IDENTIFICACIÓN TITULAR(ES)	
FRANCIS PAMELA CHAVES GALEANO	1	59312792	0

NÚMERO DE CRÉDITO	MONTO INICIAL	FECHA DE DESEMBOLSO
00130746960035285 5	103,897,000.00	25-10-2017

MODALIDAD DE CRÉDITO: PESOS

SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2019	:	100,965,582.81
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO GRAVABLE	2018	:	102,514,292.80

PAGOS DEL PERIODO: 14,220,141.76

VALOR INTERESES Y UVR´S PAGADOS: 12,116,248.77

MONTO MÁXIMO A DEDUCIR POR INTERESES DE VIVIENDA: 12,116,248.77

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN: BOGOTA DC 06-04-2020

DIRECCIÓN OFICINA: CARRERA 9# 72-21

Los saldos que arroja esta certificación se suministrarán con base en los registros contables que se producen en cumplimiento de las normas establecidas en los correspondientes pagarés, otros títulos valores y contratos que vinculan al deudor con el Banco, resulten a cargo del mismo.

En virtud de lo establecido en el artículo del D.R. 836 de 1991, este certificado no requiere Firma Autografa.