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** | **Agosto de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **14485-840961** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CAROLINA HENAO MURILLO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 41.953.134 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | carolina.henao@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 488436762683 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **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** | 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:** | 6267802/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **57624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS CAMPESENA ESTABLECIDOS RAD 63-9-2024-005076 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2024** | **Al** | **31/08/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 19.797.250 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 33.045.033 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 15.331.705 |

## 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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7934855099** |
| **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% | $ 24.787.566 | $ 875.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.012.000 | | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 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% |
| 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

Se asiste al Taller Teórico-Práctico de Fortalecimiento de Desarrollo Curricular el día viernes 09 de Agosto en la Biblioteca del Cent

Se programan las fichas de formación complementaria en los Municipios de Salento, Montenegro, Quimbaya y Pueblo Tapao

Para el mes de Agosto de 2024 están programadas y en ejecución las siguientes fichas: 3026797, 3026696, 3047126, 3049220, 3046216, 304

Para el mes de Agosto de 2024 se aplican estrategias de enseñanza y aprendizaje en las fichas 3026797, 3026696, 3047126, 3049220, 3046

Para el mes de Agosto se emiten los juicios de evaluación de las Fichas 2989563, 3011611 y 3002546

Para el mes de Agosto de 2024 están programadas y en ejecución las siguientes fichas: 3026797, 3026696, 3047126, 3049220, 3046216, 304

Para el mes de Agosto de 2024 se hace entrega de los documentos requeridos para dar apertura al programa de formación complementaria d

Para el mes de Agosto de 2024 se apoya en la promoción de la oferta académica del centro por medio de redes sociales.

Y demás reportadas en el informe de actividades contractuales del mes de Agosto de 2024

**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

**CAROLINA HENAO MURILLO**
**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,

**JOHN DANILO PEREZ ROJAS**
**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**
**CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

25/08/24 16:36:17 USUARIO: SIC - C.C. 41953134

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41953134 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CAROLINA HENAO MURILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO EL RECREO MZ C #31 | TELÉFONO: | 7326052 |
| 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: | **7934855099** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 14 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/08/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 862534365 |

## 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 | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 289.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 289.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 225.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 225.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 519.000** |
| **VALOR MORA:** | **$ 5.500** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 524.500** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41953134 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CAROLINA HENAO MURILLO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | BARRIO EL RECREO MZ C #31 | TELÉFONO: | 7326052 |
| 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: | | | **7934855099** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | julio AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | julio | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 14 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/08/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 862534365 |

## 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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 286.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 3.000 | $ 0 | $ 286.100 | $ 3.000 | $ 289.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 286.100** | **$ 3.000** | **$ 289.100** |

## 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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 223.500 | $ 0 | $ 2.400 | $ 0 | $ 223.500 | $ 2.400 | $ 0 | $ 225.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 223.500** | **$ 2.400** | **$ 0** | **$ 225.900** |

## 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 | $ 100 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.400** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 9.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 41953134 | HENAO MURILLO CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.788.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.788.000 | $ 286.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 286.100 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.788.000 | $ 223.500 | $ 0 | $ 223.500 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.788.000 | 41953134 | $ 9.400 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 524.500** |

Planilla Pagada

Gmail

Carolina Henao Murillo <chenaomurillo@gmail.com>

# PSE Transacción Aprobada - CUS 862534365

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 23 de agosto de 2024, 7:49 a.m.
Para: chenaomurillo@gmail.com




## ¡Hola, Carolina Henao Murillo!

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 862534365
Empresa: SOI ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: $ 524.500
Fecha de Transacción: 23/08/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.



ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de Mayo de 2024

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
**No: 63-1-2024-001969**
23/05/2024 11:52:30
Destinatario: 639538

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1.092.465.797** | **Samara Mancera Henao** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1.092.467.716** | **Orianna Henao Mancera** | **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:** CAROLINA HENAO MURILLO

**C.C.** 41.953.134

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55226216

*55226216*

**NUIP** 1.092.465.797

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

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 04 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** N 4 2

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

NOTARIA 4 ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MANCERA | HENAO |

Nombre(s): SAMARA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes AGO Día 20 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14700245-0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: HENAO MURILLO CAROLINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 41.953.134 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MANCERA BEDOYA OSCAR JAVIER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 4.372.586 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: HENAO MURILLO CAROLINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 41.953.134 | Carolina Henao M |

**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 2016 Mes SEP Día 27 | JORGE MARIO RAMIREZ MARTINEZ - NO<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

27-SEP-2018 - LIBRO DE VARIOS - #459.

14 NOV 2018

NOTARIA CUARTA ARMENIA Q.

COPIA DE LA PRIMERA COPIA DEL REGISTRO DE NACIMIENTO TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA

SE EXPIDE PARA: Misma

A SOLICITUD DE: Carolina Henao M

IDENTIFICADO CON C.C. Nº 41 953 134

CALLE 20 # 15-35 ARMENIA - QUINDIO

TELEFONO: 741 15 50 - 7415551

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1092467716

**Indicativo Serial** 61874248

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** N 4 Z

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

COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA NOTARIA 4 ARMENIA * * * * * * * * * * * * * * *

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| HENAO * * * * * * * * * * * * * * * | MANCERA * * * * * * * * * * * * * * * |

**Nombre(s)**

ORIANNA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes MAY Día 26 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * | 172458609 * * * * |

**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**

HENAO MURILLO CAROLINA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 41953134 * * * * * * * * * * * * * * * * * * | 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**

MANCERA BEDOYA OSCAR JAVIER * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 4372586 * * * * * * * * * * * * * * * * * * | COLOMBIA * * * * * * |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

HENAO MURILLO CAROLINA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 41953134 * * * * * * * * * * * * * * * * * * | Carolina Henao M |

**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 2022 Mes JUN Día 23 | GILBERTO RAMIREZ ARCILA<br>Nombre y firma |

NOTARIA CUATRO
GILBERTO RAMIREZ ARCILA
NOTARIO
ARMENIA QUINDIO

Escaneado con CamScanner