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 BOYACÁ

CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**90143-015792**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROSALBA ORTEGA RAMOS	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	33.368.935	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rortega@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24046481788
IP/Nº de contacto:	057	**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	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:	5836860/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional de nivel técnico que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Media en el área de AGROINDUSTRIA de acuerdo con la programación establecida.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.851.130
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.830.390
Valor Bruto Pago:	**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.568.030

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.320.941	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.604.041**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.403.337**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7939928663**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 17.900	$ 17.900
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		$ 560.404	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.134.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.403.326		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.403.337,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.604.041,00	
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 - 334 - DUITAMA	34.185,00	0,610%
-	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	**$4.248.915,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1 al 4 Evaluar y orientar formación en las IE Rural de sur 2928515 y 2752726 La Libertad 2697532, actividades de desarrollo curricular

7 al 11 Actividades de desarrollo curricular, Evaluar y orientar formación en la IE Rural de Sur ficha 2752726

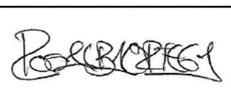
15 al 18 Evaluar y orientar formación en las IE Rural de sur 2928515, Simón Bolívar 2697823 2697582, actividades desarrollo curricular

21 al 25 Evaluar y orientar formación en la IE José Antonio Galán fichas 2940599, 2740637 y actividades de desarrollo curricular

28 al 31 Evaluar y orientar formación profesional en las IE José María Silva Salazar fichas 2739891, 2927121, La Libertad 2697528

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



ROSALBA ORTEGA RAMOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

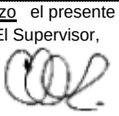
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
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
ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/10/24 20:00:52 USUARIO: SIC - C.C. 33368935

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	33368935
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSALBA ORTEGA RAMOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 6 SUR 09 04 BARRIO LA PERLA	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7939928663**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	967227211

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	$ 274.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 274.300	$ 0	$ 274.300
SUBTOTALES:										**$ 274.300**	**$ 0**	**$ 274.300**

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	$ 214.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 214.300	$ 0	$ 0	$ 214.300
SUBTOTALES:													**$ 214.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 214.300**

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	$ 17.900	$ 17.900	$ 0	$ 0	$ 17.900
SUBTOTALES:									**$ 17.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINEDU
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 33368935	ORTEGA RAMOS ROSALBA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.714.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.714.000	$ 274.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.714.000	$ 214.300	$ 0	$ 214.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.714.000	33368935	$ 17.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 506.500**

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, Octubre 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:

T.I	**1050092815**	**JOSÉ ANDRES ROJAS ORTEGA**
T.I	**1051069329**	**SAMUEL FELIPE ROJAS ORTEGA**

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: ROSALBA ORTEGA RAMOS
C.C. 33368935 de Tunja

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

ANEXOS:
Registro Civil de:
José Andrés Rojas Ortega
Samuel Felipe Rojas Ortega

Notaría 1
Tunja - Boyacá

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 10500 92815

Indicativo Serial 40626132

2317629045*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 3 01

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	ORTEGA

Nombre(s): JOSE ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes 07 Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 7967389

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTEGA RAMOS ROSALBA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 33.368.935 TUNJA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ JOSE DOMINGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 7.174.849 TUNJA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ JOSE DOMINGO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7.174.849 TUNJA

Firma: C.C. 7.174.849

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 2007 Mes 08 Día 04	CARLOS ARTURO OLANO CORREA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma C.C. 7.174.849	CARLOS ARTURO OLANO CORREA Nombre y Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CARLOS ARTURO OLANO CORREA
NOTARIO ENCARGADO
NOTARIA PRIMERA DE TUNJA

ESPACIO PARA NOTAS

VALIDO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO

NOTARIA PRIMERA DE TUNJA
LA PRESENTE REPRODUCCIÓN ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL PROTOCOLO DE ESTA NOTARÍA
28 NOV 2011
HERNÁN MONTAÑA RODRÍGUEZ

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1051069329

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40822559

40822559

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D 7 N

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	ORTEGA

Nombre(s): SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes NOV Día 22	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51373852-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTEGA RAMOS ROSALBA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. No. 33.368.935 DE TUNJA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ JOSE DOMINGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. No. 7.174.849 DE TUNJA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ JOSE DOMINGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c. No. 7.174.849 DE TUNJA	

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 2009 Mes ENE Día 31	GUILLERMO SANDOVAL FONSECA Nombre y firma

Guillermo Sandoval Fonseca
3a NOTARIO TERCERO
TUNJA

Reconocimiento paterno

Firma 7174849

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Guillermo Sandoval Fonseca
3a NOTARIO TERCERO
Nombre y Firma TUNJA

ESPACIO PARA NOTAS

Libro de Varios Tomo 48 Folio 146
Acta Complementaria No.
Fecha: 31 ENE 2009

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE TUNJA
ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA
SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA
TRAMITES LEGALES.
TIENE VIGENCIA PERMANENTE SALVO EXCEPCIONES
DE LEY.

TUNJA: 28 NOV 2011

Luis Fernando Villamil Forero
3a NOTARIO ENCARGADO
TUNJA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 33368935 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/10/2024 08:23 PM

Código Verificación: **1LVEDXZP3K**

Válida hasta: **14/01/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC