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 DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**20 de Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**82970-856499**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPIÑAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	13.511.365	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	gmanriquee@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	55524181267
IP/Nº de contacto:	3214351710	**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**	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:	5916992/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y TITULADA SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CGAO SENA REGIONAL SANTANDE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.940.800
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.420.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.142.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.798.800

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.142.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,60%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 78.285
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.142.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.284.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.883.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 78.285**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8632956123**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.656.800	$ 1.656.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.100	$ 207.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.100	$ 265.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL V		$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 265.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 207.100	
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		$ 828.400	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.628.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.947.675		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.883.200,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.142.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	78.285,00	1,60%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8543 - VELEZ	8.284,00	0,200%
-	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	**$4.055.431,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA (3091252) (10 HORAS).MANEJO DE INFORMACION PARA TURISMO DE AVENTURA Los días 1 de octubre de 2024
Suministrar información al usuario de los servicios de turismo de aventura y aplicar normatividad respectiva en horario de 8 am a 6 pm
FICHA (3096546) (60 HORAS) PALETERO, SEÑALIZADOR DE VIAS EN OBRAS CIVILES Los días 7, 8, 9, 10, 11 y 12
de Octubre de 2024 Identificar las diferentes actividades en un proceso constructivo acorde a las normas en horario de 7 am a 7 pm
FICHA (3100890) (32 HORAS).TRABAJADOR AUTORIZADO TSA Los días 17, 18, 19 y 20 de Octubre de 2024
FICHA (3111486) (32 HORAS).TRABAJADOR AUTORIZADO TSA Los días 24, 25, 26 y 27 de Octubre de 2024
FICHA (3111513) (16 HORAS).RESCATE INDUSTRIAL TSA Los días 30 y 31 de Octubre de 2024
Aplicar procedimientos seguros para Trabajo Seguro en Alturas y aplicar normatividad respectiva en horario de 8 am a 4 pm
ACTIVIDADES ACADÉMICAS: HORAS (150) ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: HORAS (10) TOTAL HORAS (160)

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

GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPIÑAN
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

20/10/24 20:48:36 USUARIO: SIC - C.C. 13511365

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPINAN
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-13511365
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-10-11
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-13511365
NOMBRE EMPLEADO	GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPIÑAN
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8632956123
REFERENCIA PAGO(PIN)	8671329131
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-09
PERÍODO SALUD	2024-09
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	4512101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.660.000	0,1600000	$ 265.600	$ 0	$ 0	$ 265.600	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.660.000	0,1250000	$ 207.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.660.000	0,0052200	$ 8.700	2

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	1.660.000	0,0200000	$ 33.200	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 265.600	$ 207.500	$ 8.700	$ 33.200	$ 515.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	899999034
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			S E N A
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 8-69	TELÉFONO:	5461600
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	A-MAS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	13 - S E N A
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7942229237	TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

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
349	CC 13071394	DIAZ BASTIDAS FABIAN ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO																	
350	CC 13072178	FREIRE ENRIQUEZ ANGEL FELIPE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.786.200				NO																	
351	CC 13277789	ALVAREZ CALLEJAS LUIS EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.921.500				NO																	
352	CC 13278386	GARCIA NAVARRO JOSE LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.786.200				NO																	
353	CC 13348370	LOPEZ ACEVEDO JOSE BENJAMIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.786.200				NO																	
354	CC 13458191	BOLIVAR BERNAL LUIS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.786.200				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
349			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000		$ 56.600		$
350			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.200		$ 124.400		$
351			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.921.500		$ 133.800		$
352			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.200		$ 124.400		$
353			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.200		$ 124.400		$
354			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE	30	$ 1.786.200		$ 124.400		$

		HERNANDO	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
356	CC 13474837	CARREÑO PEREZ JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.786.200	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
357	CC 13489101	CASTELLANOS HERNANDEZ CARLOS JAVIER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.300.000	NO	12	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
358	CC 13493039	GALVIS PARRA JOSE GREGORIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.786.200	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
359	CC 13503332	ROMERO RUBIO OSCAR EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.786.200	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
360	CC 13506398	NUÑEZ PEÑA DAVID JESUS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.751.400	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
361	CC 13511365	MANRIQUE ESTUPIÑAN GABRIEL EDUARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.656.800	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	
362	CC 13542131	MASMELA ZAPATA MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	$ 1.656.800	NO		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de 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.	**1099207834**	**MATIAS SANTIAGO MANRIQUE ROMERO**	**HIJO**

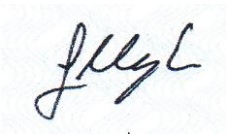
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ___GABRIEL EDUARDO MANRIQUE ESTUPIÑAN_____
C.C. ____13511365_____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.207.834

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38335920

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: 0 X F

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

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANRIQUE.....	ROMERO.....

Nombre(s)

MATIAS SANTIAGO.....

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008	Mes JUL	Día 27	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER BARBOSA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	50150083-9.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMERO FORERO SANDRA MARYURY.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37.671.136.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANRIQUE ESTUPINAN GABRIEL EDUARDO.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.511.365.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANRIQUE ESTUPINAN GABRIEL EDUARDO.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.511.365.....	

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 AGO Día 19	CARLOS JULIO BUITRAGO MIRANDA - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

©REGISTRADURIA NAL.NACIMIENTO 11/2004

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.099.207.834

MANRIQUE ROMERO
APELLIDOS

MATIAS SANTIAGO
NOMBRES

Matías Manrique
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUL-2008
BARBOSA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-JUL-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

03-JUN-2016 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1516000-00836129-M-1099207834-20160614 0050095760A 1 1843952678

Escaneado con CamScanner