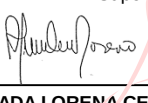


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		19			
			Código Centro		930710			
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
		ID de Proceso		53069-270432				
REGIONAL CAUCA								
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA								
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		MARTIN ADOLFO ALEGRIA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		10.566.163		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		maalegria@sena.edu.co		Número de Cuenta:		06001681751		
IP/N° de contacto:		1124		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		NO		
¿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:						Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta		
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%		
DATOS DEL CONTRATO								
N° del contrato:		5808907/2024		N° Compromiso SIIF		6524		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad presencial, a distancia y/o virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red: Administrativa y Financiera, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024		
Número de pago		11		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 5.954.060		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.888.223		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 1.488.515		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Honorarios profesionales a persona NO declarante d		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								
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		74210364		Base retención en la fuente a título de ICA	4.465.545,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8551 - POPAYAN	8.931,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 37.181.350		\$ 875.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.022.754					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$4.456.614,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Orientar procesos de formación profesional, en la ficha No.2824238, Competencia 210601007 Coordinar las actividades del talento humano								
Orientar procesos de formación profesional, en la ficha No.2875637, Competencia 210601007 Coordinar las actividades del talento humano								
Orientar procesos de formación profesional, en la ficha No.2999904, Competencia 210301004 -Fidelizar al cliente incrementado los vínc								
Orientar procesos de formación profesional, en la ficha No.3066465, Competencia 210301002 Dar asesoría comercial y financiera que con								
Orientar procesos de formación profesional, en la ficha No.3066475, Competencia 210601020 - Atender clientes de acuerdo con procedimie								
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								
<div><div></div><div>Firmado digitalmente por MARTIN ADOLFO ALEGRIA Fecha: 2024.11.20 14:47:47 -05'00'</div></div>								
MARTIN ADOLFO ALEGRIA 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 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.								
<div><div></div><div>Autorizo el presente pago. El Supervisor Firmado digitalmente por Ada Lorena Cerón Rosero Fecha: 2024.11.22</div></div>								
ADA LORENA CERON ROSERO 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								
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ								
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)								



Información de la Planilla Guardada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha Creación Informe	2024-11-07, 2:43:20 PM
Fecha Guardada	2024-11-06, 03:25:43 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	MARTIN ADOLFO ALEGRIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 10566163
Código Sucursal (Nombre)	
Referencia de Pago/ Número Planilla	74210364
Tipo de Planilla	I
Valor	\$ 518.500

Nit	Código	Administradora	Afiliados	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 223.300	\$ 0	\$ 223.300
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 9.400	\$ 0	\$ 9.400

SubTotales: \$ 518.500 \$ 0
Total a Pagar: \$ 518.500





SuAporte | AUTOLIQUIDACIONES

Fecha creación reporte: 2024-11-07, 02:51:41 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 74210364

Periodo Servicio: octubre de 2024

Periodo Cotización: octubre de 2024

PAGADO 07/11/2024

Nit: N800229739

Administradora: PROTECCION



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTIN ADOLFO ALEGRIA					
Documento	CC10566163	Dirección	CL 78 NORTE #19 - 251			
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3155471290			
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1	
Ciudad	POPAYAN	Departamento	CAUCA			
Representante Legal		Identificación				

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado							Novedades											Pensiones											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	TDP	TAP	VSP	VST	SIN	IGE	LMA	VAC	COR	AVP	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Aporte Voluntario Afiliado	Cotización Voluntaria Aportante	Total Cotización	FSP Solidaridad	FSP Subsistencia	Valor no retenido
CC 10566163	MARTIN ADOLFO ALEGRIA	59	00			19 001													\$ 1.786.218	30	0.16	\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	0

III. TOTAL AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Sumatoria IBC	Total Aporte Pensiones	Total Cotización Voluntaria (Aportante)	Total Cotización Voluntaria (Afiliado)	Intereses Mora Cotización	Total pagado pensiones	Total Aporte FSP Solidaridad	Intereses Mora FSP Solidaridad	Total pagado FSP Solidaridad	Total Aporte FSP Subsistencia	Intereses Mora FSP Subsistencia	Total pagado FSP Subsistencia
\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0





SuAporte | AUTOLIQUIDACIONES

Fecha creación reporte: 2024-11-07, 02:49:17 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 74210364
Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024

PAGADO 07/11/2024

Nit: N800251440
Administradora: EPS SANITAS



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTIN ADOLFO ALEGRIA						
Documento	CC10566163	Dirección	CL 78 NORTE #19 - 251				
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3155471290				
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1		
Ciudad	POPAYAN	Departamento	CAUCA				
Representante Legal		Identificación					

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado						Novedades												Salud									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	TDE	TAE	VSP	VST	SIN	IGE	LMA	VAC	COR	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Valor UPC Adicional	Autorización IGE	Valor IGE	Autorización LMA	Valor LMA
CC 10566163	MARTIN ADOLFO ALEGRIA	59	00			19 001												\$ 1.786.218	30	0.125	\$ 1.786.218	\$ 223.300	\$ 0		\$ 0		\$ 0

III. TOTAL AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

Sumatoria IBC	Sumatoria UPC Adicional	Total Aporte	Incapacidades Pagadas	Licencias de Maternidad Pagadas	Valor Aportes Netos	Intereses Mora Salud	Saldo a favor periodo anterior	Total Pagado
\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 223.300	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300





SuAporte | AUTOLIQUIDACIONES

Fecha creación reporte: 2024-11-07, 02:57:03 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Planilla Número: 74210364
Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024

PAGADO 07/11/2024

Nit: N860011153
Administradora: POSITIVA DE SEGUROS



I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTIN ADOLFO ALEGRIA						
Documento	CC10566163			Dirección	CL 78 NORTE #19 - 251		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3155471290		
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	POPAYAN			Departamento	CAUCA		
Representante Legal				Identificación			

II. DETALLE DE LOS AFILIADOS

Datos del Afiliado							Novedades		Riesgos																
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	Ext. no obligado	Residente Exterior	Código Depto y Municipio	ING	RET	VCT	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	IRP	Salario Básico	Días Cotizados	Tarifa	IBC	Cotización	Código Centro de Trabajo	Código Nueva Administradora de Salud	Código Nueva Administradora de Pensión
CC 10566163	MARTIN ADOLFO ALEGRIA	59	00			19 001											0	\$ 1.786.218	30	0.00522	\$ 1.786.218	\$ 9.400	000000000	EPS005	230201

Comprobante

de pago en línea



ENLACE OPERATIVO S.A.

Pago realizado por: MARTIN ADOLFO ALEGRIA

Nro. de recibo: 74210364

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 10566163

Fecha y hora de la transacción: Jueves 7 de Noviembre de 2024 02:45:35 PM

Nro. de comprobante: 0000004196

Valor pagado: \$ 518,500.00

Producto: *****1751

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera
de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de enero 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:

C.C.	25.263.951	MARLY MARIA ALEGRIA ORDOÑEZ	MADRE
-------------	-------------------	------------------------------------	--------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Martin Adolfo Alegría

C.C. 10.566.163 Expedida en la Sierra Cauca

ASESORIAS CONTABLES Y TRIBUTARIAS
JULIO CESAR IMBACHI ALEGRIA
CONTADOR PUBLICO T.P. N.º 28720- T

CALLE 11 B N.º 17 27 NIÑO JESUS DE PRAGA

CERTIFICADO DE INGRESOS

JULIO CESAR IMBACHI ALEGRIA, identificado con la cedula de ciudadanía número 10.526.639 expedida en Popayán, Cauca, Contador Público de profesión, portador de la tarjeta profesional número 28720 – T, que, conforme a la facultad que me es otorgada mediante los artículos 2 y 13 de la Ley 43 de 1990 y el artículo 777 del Estatuto tributario, y, además, atendiendo lo expuesto en los artículos 69 y 70 de la Ley 43 de 1990; realizo esta certificación únicamente con el fin de confirmar los ingresos obtenidos en el periodo.

HAGO CONSTAR QUE:

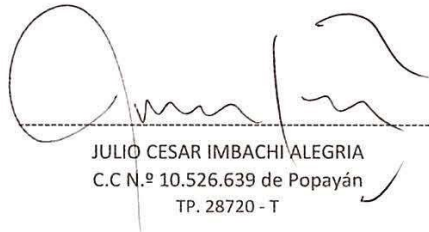
La señora **MARLY MARIA ALEGRIA ORDOÑEZ** identificada con la cedula de ciudadanía número 25.263.951 expedida en Popayán, domiciliada en la calle 78 Norte N.º 19 251 Condominio Versalles en la ciudad de Popayán, Cauca, en su calidad de **DEPENDENCIA TOTAL**, de su hijo **MARTIN ADOLFO ALEGRIA** identificado con la cedula de ciudadanía número 10.566.163, por su carencia de ingresos laborales y pensionales, no obtiene recursos económicos propios.

La información dada fue suministrada por e señor MARTIN ADOLFO ALEGRIA y la señora MARLY MARIA ALEGRIA ORDOÑEZ.

El presente certificado se expide a solicitud de los interesados para cumplir con los requisitos que les exige la parte interesada, y tiene validez de un mes calendario a partir de la fecha de su expedición.

Para constancia se firma en Santander de Quilichao, Cauca, a los 20 días del mes de febrero del año 2.023.

Firmado:



JULIO CESAR IMBACHI ALEGRIA
C.C N.º 10.526.639 de Popayán
TP. 28720 - T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

28720-T

JULIO CESAR
IMBACHI ALEGRIA
C.C. 181526-639
RESOLUCION INSERCIÓN 2681-T FECHA 29-XI-98
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Presidencia

00035272

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional, Junta Central de
Contadores

230
NOMBRE
Y APELLIDO DEL
REGISTRADO

En la República de Colombia Departamento de Cauca
Municipio de Rosero (corregimiento o vereda, etc.)
a 15 días del mes de Febrero de mil novecientos sesenta y cinco
se presentó el señor Liborio Ordóñez de Plegria mayor de
edad, de nacionalidad Colombiana natural de La Sierra, Cauca domiciliado
en Rosero, Vereda La Salud y declaró: Que el día lunes quince del 25
del mes de Enero de mil novecientos sesenta y cinco 1965 siendo las
12 1/2 de la mañana nació en la Vereda de La Salud
(Dirección de la casa, hospital, vereda, corregimiento, etc.)
del municipio de Rosero República de Colombia un niño de
sexo masculino a quien se le ha dado el nombre de Martin Adolfo
hijo legítimo del señor _____ de _____ años de edad
natural de _____ República de _____ de profesión _____
y la señora Marta María Plegria de 22 años de edad, natural de
La Sierra República de Colombia de profesión profesora siendo
abuelos paternos Victor Manuel Plegria y Liboria Ordóñez
y abuelos maternos Enriqueta Pérez y Mario Estanislao
Fueron testigos, Enriqueta Pérez y Mario Estanislao
En fe de lo cual se firma la presente acta.
El declarante, Liborio Ordóñez de Plegria
(cédula N°) 25632406 de Rosero
El testigo, Enriqueta Pérez vda. de Gr. (cédula N°) 25349883 de Rosero, Cauca
El testigo, Mario Estanislao (cédula N°) 2488732 de Buenaventura

(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el registro)

Para efectos del artículo segundo (2o) de la Ley 68 de 1936, reconozco al niño a que se refiere
esta Acta como hijo natural y para constancia firmo.

(Firma del padre que hace el reconocimiento)

(Firma de la madre que hace el reconocimiento)

(Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento)

Francisco López

CAUCA



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CIRCUNSCRIPCION ELECTORAL DEL CAUCA

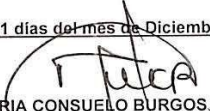
LA SUSCRITA REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE
ROSAS - CAUCA - COLOMBIA

CERTIFICA

Que la presente copia es tomada de Registro Civil de NACIMIENTO
Serial: L. 14 F. 236

Valido Para: **TRAMITES LEGALES**

Dado en Rosas a los 21 días del mes de Diciembre de 2022.


MARIA CONSUELO BURGOS
Registradora Municipal del Estado Civil
Rosas - Cauca



NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE POPAYÁN.

ACTA DE DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO

(CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO ARTICULO 188)

ACTA No. 04729

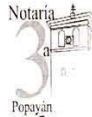
En la ciudad de POPAYÁN, Departamento del CAUCA, República de Colombia, a los CINCO (5) DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE DOS MIL VEINTIDOS (2022)., al despacho de LA NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE POPAYÁN, cuyo cargo ejerce LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ, como NOTARIA ENCARGADA, Según Resolución No. 12991 del 28 de octubre de 2022, emanada por la Superintendencia de Notariado y Registro, compareció MARTIN ADOLFO ALEGRIA, mayor de edad, vecino de Popayán, identificado con Cédula de Ciudadanía N° 10.566.163, de estado civil Soltero sin unión marital de hecho, residente en Calle 78 Norte 19-251 Condominio Versalles, de nacionalidad Colombiana, de ocupación Administrador de empresas, con No. de teléfono 3155471290, persona hábil para contratar y obligarse, con el fin de rendir testimonio extra-proceso ante notario quien manifestó: PRIMERO: Que se encuentra en su entero y cabal juicio y rinde la declaración que se presenta en este instrumento bajo la gravedad de juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.- **NOTA:** se coloca en conocimiento el Artículo 442 del Código Penal que dice: “El que en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años”- **SEGUNDO-** Que no tiene ninguna clase de impedimento para rendir esta declaración juramentada, la cual hace bajo su única y entera responsabilidad.- **TERCERO-** Como aparece al pie de mi correspondiente firma, declaro bajo la gravedad del juramento que mi madre, de nombre MARLY MARIA ALEGRIA ORDOÑEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 25.263.951 de Popayán (Cauca), persona de la tercera edad, depende económicamente de mí, para todos sus gastos en general, no recibe ningún salario, ni pensión. Rindo la presente declaración para adelantar trámites legales y/o administrativos ante QUIEN CORRESPONDA. “ESA ES TODA MI DECLARACIÓN”. No siendo otro el objeto de la presente diligencia, se termina una vez leída y aprobada por el(la) declarante, queda autorizada por el Notario(a). **ESTA DECLARACIÓN SE REALIZA A PETICIÓN DEL DECLARANTE. ADVERTENCIA: AL DECLARANTE SE LE ADVIERTE QUE DEBE LEER**

CON CUIDADO SU DECLARACIÓN ANTES DE FIRMARLA, PUESTO QUE UNA VEZ AUTORIZADA POR EL NOTARIO, ESTA NO SERÁ MODIFICADA, NI ADICIONADA, NI COMPLEMENTADA.

Valor de la declaración 14.600 + Iva 2774 + valor autenticación Biométrica \$ 0 + Iva \$ 0
= Valor total declaración \$ 17.374.

Decreto 188 de 2013 y Resolución 00755 de 26 Enero de 2022.

NOMBRE E IDENTIFICACIÓN	FIRMA
MARTIN ADOLFO ALEGRIA C.C. N°. 10.566.163	




LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ
NOTARIA ENCARGADA