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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**40423-730881**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NEILA EMELY SILVA TORRES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	65.758.272	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	neilasilva65758@gmail.com	**Número de Cuenta:**	59741787584
IP/Nº de contacto:	15600	**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**	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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6933229/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**124924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	2

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos de formación complementaria presencial atendiendo los procesos y lineamientos de la formación profesional integral, de acuerdo con las necesidades del Centro de Servicios Financieros.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**17/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.530.450
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 6.995.950
Valor Bruto Pago:			**$ 2.530.450,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.450	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	**$ 2.530.450**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.425.105**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9478106719**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 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		$ 253.045	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 6.196.891	$ 475.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 875.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.425.105,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.950,00	
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 - BOGOTÁ	20.865,00	0,966%
-	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	**$2.509.585,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obligación 1:Se realizó la planeación de la formación de los aprendices de las fichas: FICHA PENDIENTE POR CREAR

Obligación 5: Se realizó atención a los aprendices por correo electrónico y/o telefónicamente. Ficha Pendiente por crear.

Obligación 7:Se solicitó la inscripción y matricula de las fichas asignadas. Ficha pendiente por crear.

Obligación 15:Se ejecutan y atienden las actividades contractuales según lo requiere la necesidad del servicio.

Ficha pendiente por crear. Para un total de 60 horas ejecutadas en el mes de diciembre.

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

NEILA EMELY SILVA TORRES
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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65758272		SILVA TORRES NEILA EMELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 64 NO 23A - 49 BRR CIUDAD SALITRE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123216800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1088384330	9478106719	I	2024/12/17	2024/12/02	BANCOLOMBIA	0	$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0
1	CC	65758272 SILVA NEILA	230301	30	$1,786,200	$285,800	EPS002	30	$1,786,200	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,200	$9,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,786,200	$285,800			$1,786,200	$223,300			$0	$0			$1,786,200	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65758272		SILVA TORRES NEILA EMELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 64 NO 23A - 49 BRR CIUDAD SALITRE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123216800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1088384330	9478106719	I	2024/12/17	2024/12/02	BANCOLOMBIA	0	$518,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$0	$0	$285,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,800	$0	$0	$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				**1**	**$518,500**	**$0**	**$0**	**$518,500**

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**NEILA EMELY SILVA TORRES**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogotá	**FECHA**	**17 de Diciembre de 2024**	**REGIONAL**	**Distrito Capital**	**65.758.272**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Calle 65 13 -10**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			CO1.PCCNTR.6933229 del 1 Noviembre 2024			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**NESTOR ALFONSO PUERTO**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**JOSE GUILLERMO CARDOZO OLIVEROS**	
CONTABILIDAD		**CARLOS ANDRES PEREA**	
TESORERIA		**NESTOR WILLIAN AVILA ALFONSO**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	
BIBLIOTECA		Jhon Jairo Lozano Beltrán	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) SILVA TORRES NEILA EMELY identificado(a) con CC. 65758272 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 2 de Diciembre de 2024 a las 10:44:25

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que NEILA EMELY SILVA TORRES identificado(a) con CC 65758272 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: SILVA TORRES NEILA EMELY CC 65758272

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9478106719	1088384330	I	2024-12-02	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478106719	1088384330	I	2024-12-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9478106719	1088384330	I	2024-12-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	
9474867870	1028454890	I	2024-11-05	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9474867870	1028454890	I	2024-11-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9474867870	1028454890	I	2024-11-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-10	30																	
9474335909	950552364	I	2024-10-01	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9474335909	950552364	I	2024-10-01	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9474335909	950552364	I	2024-10-01	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-09	30																	
9472205259	887214355	I	2024-09-03	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9472205259	887214355	I	2024-09-03	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9472205259	887214355	I	2024-09-03	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-08	30																	
9470665633	824635241	I	2024-08-05	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9470665633	824635241	I	2024-08-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9470665633	824635241	I	2024-08-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-07	30																	
9469373779	744985312	I	2024-07-02	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	
9469373779	744985312	I	2024-07-02	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	
9469373779	744985312	I	2024-07-02	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-06	30																	

Certificado de Aportes

APORTANTE: SILVA TORRES NEILA EMELY CC 65758272

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9467944381	683637428	I	2024-06-05	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9467944381	683637428	I	2024-06-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9467944381	683637428	I	2024-06-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-05	30																	
9466418101	623998489	I	2024-05-07	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466418101	623998489	I	2024-05-07	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9466418101	623998489	I	2024-05-07	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-04	30																	
9465049216	554499899	I	2024-04-04	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9465049216	554499899	I	2024-04-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9465049216	554499899	I	2024-04-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-03	30																	
9463621468	491789705	I	2024-03-04	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9463621468	491789705	I	2024-03-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9463621468	491789705	I	2024-03-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-02	30							X										
9462411108	430270266	I	2024-02-01	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30									X								
9462411108	430270266	I	2024-02-01	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30									X								
9462411108	430270266	I	2024-02-01	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-01	30									X								

Este certificado se expide el día 2024-12-02 a las 10:12.

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

Bogotá, 06 de diciembre 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.	**1105465433**	**LAURA ISABELLA GUTIERREZ SILVA**	**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: NEILA EMELY SILVA TORRES
C.C. 65.758.272 IBAGUE

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.105.465.433

GUTIERREZ SILVA

APELLIDOS

LAURA ISABELLA

NOMBRES



Laura I. gutierrez

FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
IBAGUE
(TOLIMA)

11-JUN-2007

LUGAR DE NACIMIENTO

11-JUN-2025 **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

18-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1500150-00656373-F-1105465433-20150107 0042239166A 1 44055172

Escaneado con CamScanner

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

NUIP 1105465433

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41003344

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 3 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	SILVA

Nombre(s): LAURA ISABELLA

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes JUN	Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A7613239

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SILVA TORRES NEILA EMELY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65,758,272 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ TRUJILLO WILSON ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79,904,418 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ TRUJILLO WILSON ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
79,904,418 DE BOGOTA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
DE	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
D	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que inscribe
Año 2007 Mes JUN Día 12	MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA Nombre y Firma NOTARIA TERCERA IBAGUE - TOLIMA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
Firma	MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA Nombre y Firma NOTARIA TERCERA IBAGUE - TOLIMA

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
26783841-3

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL.

06 MAR. 2020

Alfonso Antonio Lopez Diaz
Secretario
Registraduria Distrital del Estado Civil

Powered by CamScanner