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 ANTIOQUIA

CENTRO DE COMERCIO-ANTIOQUIA

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

Código Regional	**5**
Código Centro	**930110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**14950-815044**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA ISABEL RIOS OCAMPO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	39.450.543	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dianarioso@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	10092830034
IP/Nº de contacto:	00000	**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7446374/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA PLANEAR, EJECUTAR Y EVALUAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL NIVEL, MODALIDAD Y ETAPA DEL PROCESO DE ACUERDO CON LA PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTR

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**13/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.294.866
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:	**$ 2.759.707,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.535.159

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.759.707	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	**$ 2.759.707**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.407.845**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**000**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 0
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		$ 275.971	
Salud hasta	$ 796.784	$ 796.784	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 318.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.407.845,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.353.907,00	
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	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
-	0,00	0,400%
Jaime Isaza Cadavid	11.039,00	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	**$2.748.668,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestación de servicios personales de carácter temporal como instructor para planear, ejecutar y evaluar la formación profesional integral en el nivel, modalidad y etapa del proceso de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Comercio en la red de conocimiento de: Comercio y Ventas, en el área temática de Operaciones Comerciales

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

DIANA ISABEL RIOS OCAMPO
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,

BLADIMIR COBA RODRIGUEZ
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
PATRICIA ARISTIZABAL CORREA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **DIANA ISABEL RIOS OCAMPO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **39450543** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 39450543
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA ISABEL RIOS OCAMPO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	287
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	43

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **08/01/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA ISABEL RIOS OCAMPO, identificado(a) con C.C 39.450.543, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 08 de enero de 2025.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DIANA ISABEL RIOS OCAMPO** identificado con **CC** No. **39450543**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 10/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012710577.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141055061859

(415)7707212489984(8020) 000014105506185 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 4 5 0 5 4 3	1	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 4 5 0 5 4 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Rionegro 6 1 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIOS	OCAMPO	DIANA	ISABEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 38 26 501 AP 113 URB MESETA DE SAN DIEGO

42. Correo electrónico dianariosocampo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 4 5 6 1 6 6 9 0	3 1 1 7 1 6 2 5 9 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 0 9 0 8 1 2	8 5 2 3	2 0 0 9 0 8 1 2		8 2 9 9	1 0 8 4	2 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA ISABEL RIOS OCAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39450543 realizó el día 19/02/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DIANA ISABEL RIOS OCAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39450543 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA ISABEL RIOS OCAMPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 39450543 el día 19/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

C O O M E V A M E D I C I N A P R E P A G A D A

NIT. 805.009.741-0

C E R T I F I C A

Que el Señor(a) Diana Isabel Rios Ocampo con cédula de ciudadanía Nro. 39450543 se encuentra afiliado(a) a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA.

Beneficiario	Identificación	Plan - Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
CHAVERRA VASQUEZ, JOHN DE	71694392	A DEB	Conyuge	2022/05/06	$ 151.322,00
CHAVERRA VASQUEZ, JOHN DE	71694392	F DEB	Conyuge	2023/11/01	$ 48.200,00
CHAVERRA RIOS, AMELIA	1023541114	F DEB	Hijo	2023/11/01	$ 48.200,00
CHAVERRA RIOS, AMELIA	1023541114	A DECE	Hijo	2022/04/26	$ 100.574,00
CHAVERRA RIOS, AMELIA	1023541114	F OPLF	Hijo	2023/11/01	$ 226.100,00
CHAVERRA RIOS, AMELIA	1023541114	A OROA	Hijo	2017/10/06	$ 759.660,00
RIOS OCAMPO, DIEGO	15448136	A PJVA	Hermano(a)	2009/11/15	$ 497.213,00
RIOS OCAMPO, DIANA ISABEL	39450543	A DEB	Titular	2022/05/06	$ 151.322,00
RIOS OCAMPO, DIANA ISABEL	39450543	F DEB	Titular	2023/11/01	$ 48.200,00
RIOS OCAMPO, DIANA ISABEL	39450543	A PJVA	Titular	2012/10/15	$ 566.509,00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2023 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: $ 2.597.300,00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2023 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: $ 129.865,00

Monto total de los $ 2.727.165,00

Se expide este certificado a los 10 días del mes de Septiembre de Dos mil veinticuatro (2024). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

DIRECCION NACIONAL OPERATIVA DE

COOMEVA Medicina Prepagada.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.023.541.114

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57851149

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A7K

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAVERRA	RIOS

Nombre(s)

AMELIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes SEP Día 20	FEMENINO		

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14311509-8

Datos de 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

CHAVERRA VASQUEZ JOHN DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 71.694.392	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

RIOS OCAMPO DIANA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 39.450.543	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAVERRA VASQUEZ JOHN DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 71.694.392	X

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 2017 Mes SEP Día 20	MARIA CECILIA VILLA GAVIRIA NOTARIO ENCARGADO (Res. 9922 - 14/sep/2017) Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA ENCARGADA POSESIONADA MEDIANTE ACTA # 25 DE FECHA 15/09/2017.

Notaría Tercera del círculo de Medellín
MARIA CECILIA VILLA G.
NOTARIA ENCARGADA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

57851149

Imp. por DITAR S.A. PBE. (0) 3139001. Etiqueta para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

OBSERVACIONES: Las huellas plantares se tomarán únicamente a los inscritos menores de un año, las huellas digitales deben tomarse a todos los inscritos exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dichas toma (Decreto 1873 de 1971, artículo 2o).

HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO	PIE DERECHO
	

HUELLAS DIGITALES

ÍNDICE IZQUIERDO	ÍNDICE DERECHO

LA NOTARÍA TERCERA DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN CERTIFICA QUE ESTA COPIA ES FIEL REPRODUCCIÓN DEL FOLIO ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO, QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARÍA BAJO EL INDICATIVO SERIAL 57851149, INSCRITO EL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2017. - SE EXPIDE EL 22 DE SEPTIEMBRE DE 2017, POR SOLICITUD DE JOHN DE JESUS CHAVERRA VASQUEZ. (ART. 1 DECRETO 278 DE 1972). - VÁLIDA PARA EFECTOS CIVILES, CON VIGENCIA PERMANENTE (ART. 21 LEY 962 DE 2005).

NOTARÍA TERCERA DEL CÍRCULO DE MEDELLÍN
LUIS DAVID ECHEVERRI DUQUE
NOTARIO

LUIS DAVID ECHEVERRI DUQUE
NOTARIO