**LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB**
**NIT. 802.011.065-5**

DEBE A

**MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ**

**VALOR DEL PAGO MENSUAL:** SEIS MILLONES DE PESOS M/L ($6.000.000)

**PERIODO A CANCELAR:** CUARTO PAGO CONTRATO 20250102

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB

**No. DE CONTRATO:** 20250102

**No. DE CDP:** 250039

**No. DE RP:** 250102

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
**Rad:** 251588 **Fecha:** 28/04/2025 **Hora:** 09:52:18
**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20250102 CUARTO PAGO
**Anexos:** 10 FOLIOS
**Remite:** MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ
**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

**No. CUENTA. PARA A CONSIGNAR: 0570026670299515 de DAVIVIENDA**

**CELULAR:** 3003415128

**CORREO ELECTRÓNICO:** maickentapia@yahoo.es

Barranquilla, Abril 22 de 2025

**MAICKEN DAYAN TAPIA RODRÍGUEZ**
**C.C. 72.245.125 de Barranquilla**

**Anexo: Informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación retefuente a título de impuesto de renta**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **22** | **de** | **abril** | **de** | **2025** |

## Acta de recibo Inicial __ Parcial _X_ Final __

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20250102 |
| **Tipo de contrato:** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES |
| **Nombre de Contratista:** | MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ |
| **Objeto del contrato:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **VEINTISIETE MILLONES DE PESOS ($27.000.000)** | | | **RP Número:** | **250102** |
| **Rubro:** | **2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN** | **Fuente de Financiación:** | **RECURSOS PROPIOS** | **Centro de Costo:** | **VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA** |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | **30 DE ENERO DE 2025** | | **Fecha de finalización:** | **31 DE MAYO DE 2025** |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | **NO APLICA** | | **Fecha de reinicio:** | **NO APLICA** |

| **INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicional al contrato número:** | NO APLICA |
| **Tipo de contrato:** | NO APLICA |
| **Nombre de Contratista:** | NO APLICA |
| **Objeto del contrato:** NO APLICA | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del adicional contrato:** | NO APLICA | **Valor Total Del Contrato** | NO APLICA | **RP Número:** | NO APLICA |
| **Rubro:** | NO APLICA | **Fuente de Financiación:** | NO APLICA | **Centro de Costo:** | NO APLICA |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | NO APLICA | **Fecha de finalización:** | NO APLICA |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | NO APLICA | **Fecha de reinicio:** | NO APLICA |

| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | |
|---|---|
| **Valor a Pagar Parcial:** SEIS MILLONES DE PESOS M/L ($6.000.000). | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | **Cuarto Pago Contrato 20250102** |

| **GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Amparos** | **Aseguradora** | **No de Póliza** | **Vigencia** | |
| | | | **Desde (dd-MM-yyyy)** | **Hasta (dd-MM-yyyy)** |
| **Calidad del servicio** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Cumplimiento** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Anticipo** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Pago anticipado** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Salarios y prestaciones** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Responsabilidad Civil Extracontractual** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Otros** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| **ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)** | **BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO** | | **APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:** |
|---|---|---|---|
| **Salud** | **12.5%** | $359.400 | MARZO |
| **Pensión** | **16%** | $460.100 | MARZO |
| **ARL** | | $15.100 | MARZO |

| | |
|---|---|
| **CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)** | NO APLICA |

| CONTRATO | | 20250102 | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | $27.000.000 | 20250008560 | $81.000 | 10/02/2025 |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | $27.000.000 | 20250008573 | $675.000 | 10/02/2025 |
| **Estampilla Pro Cultura** | $27.000.000 | 20250008570 | $135.000 | 10/02/2025 |
| **Bono al Deporte** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| ADICIONAL DEL CONTRATO | | NO APLICA | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro Cultura** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Bono al Deporte** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES: | N° Recibo Pago | Valor Pagado | Fecha de Pago |
|---|---|---|---|
| **Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Electrificación Rural** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Cultura** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Desarrollo** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |
| **Estampilla Pro-Anciano** | NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| | |
|---|---|
| **Interventor(es) o Supervisor (es):** | MARÍA JOSÉ OSPINA FIGUEROA |
| **Por parte del contratista:** | MAICKEN DAYAN TAPIA RODRIGUEZ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Lugar donde se realiza la reunión** | SEDE COLSAMIRO | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | 9:00 A.M. | **Hora de finalización (a.m./p.m.)** | 9:30 A.M. |

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO**

| Actividad /Compromiso | Justificación / Observación |
|---|---|
| Apoyar a la Institución Universitaria de Barranquilla en asesoría jurídica. | Se brindó apoyo a la Institución Universitaria de Barranquilla en asesoría jurídica en diversos asuntos de manera verbal y escrita. |
| Brindar asesoría en temas relacionados con manejo de sindicatos en el marco de la legalidad y de las normas que la regulan. | Se cumple |
| Brindar asesoría en las respuestas que se tramiten en la dependencia, dentro del marco de la Constitución Nacional y la Ley. | Se brindó acompañamiento y revisión de ajustes al Manual de funciones proyectado por ESAP. |
| Apoyo en la revisión de Actos Administrativos que requieran la firma del Rector relacionados con el proceso de Gestión Humana. | Se apoyó la revisión de actos administrativos del proceso de Gestión Humana |
| Apoyo en la elaboración de respuestas a Derechos de Petición relacionados con temas laborales, disciplinarios y penales. | Se brindó acompañamiento y revisión en la respuesta a petición al Proceso de Gestión Humana. |
| Apoyo en la elaboración y/o contestación de Tutelas y recursos de ley. | Se cumple |
| Apoyo en la elaboración de Actos Administrativos que deben ser firmados por el Rector. | Se cumple |
| Guardar absoluta reserva sobre documentos e informaciones y datos que se manejan en la respectiva dependencia. | Se cumple |
| Proyectar autos, sentencias y decisiones propias de la investigación disciplinaria que se lleven a cabo en la Institución Universitaria de Barranquilla. | Se cumple |
| Asistir a las reuniones que convoque el supervisor del contrato. | Se asistieron a las reuniones convocadas por el supervisor del contrato<br>Reunión con Vicerrectora acerca primera revisión del manual de funciones IUB.<br>Reunión teams con ESAP para acordar ajustes. |
| Las demás que se relacionen con la naturaleza del Contrato. | Se cumple<br>Concepto Escrito para Viabilidad conceder vacaciones empleada nombrada en periodo de prueba en la IUB.<br>Concepto Escrito para atender petición de descuento sobre los honorarios por libranza de contratista de la IUB.<br>Concepto verbal acerca de la compensación de días trabajados. |

| | |
|---|---|
| | Consulta sobre el Manejo de incapacidades mayor a 180 días de un Tutora de IUB |

**EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA**

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

| OPCIONES A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento al objeto del contrato | | | | | X |
| Calidad de las especificaciones del bien o servicio | | | | | X |
| Cumplimiento de la entrega | | | | | X |
| Atención al cliente por parte del contratista | | | | | X |

Calificación proveedor o contratista: 5.0

| COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN | | |
|---|---|---|
| **Compromiso** | **Fecha de entrega** | **Responsable** |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la próxima reunión** | **20** | **De** | **mayo** | **de** | **2025** |

| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (22) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Veintidós | días del mes de | Abril | de | 2025 |

**MARÍA JOSÉ OSPINA FIGUEROA**
**Supervisor o Interventor**

**MAICKEN TAPIA RODRÍGUEZ**
**Contratista**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 72245125 | | TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 54 96 21 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3016949 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 1426483167 | 9484977860 | I | 2025/04/07 | 2025/04/22 | BANCO DAVIVIENDA | 15 | $834,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 72245125 | TAPIA MAICKEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $2,847,000 | $455,600 | EPS010 | 30 | $2,847,000 | $355,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $2,847,000 | $14,900 | 0 | $0 | $0 | No | $826,400 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,847,000 | $455,600 | | | $2,847,000 | $355,900 | | | $0 | $0 | | | $2,847,000 | $14,900 | | $0 | $0 | | $826,400 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 72245125 | | TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 54 96 21 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3016949 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 1426483167 | 9484977860 | I | 2025/04/07 | 2025/04/22 | BANCO DAVIVIENDA | 15 | $834,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $455,600 | $4,500 | $0 | $460,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $455,600 | $4,500 | $0 | $460,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $14,900 | $200 | $0 | $15,100 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $14,900 | $200 | $0 | $15,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $355,900 | $3,500 | $0 | $359,400 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $355,900 | $3,500 | $0 | $359,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$826,400** | **$8,200** | **$0** | **$834,600** |

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Barranquilla, 30 de enero de 2025

Señores:

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB**

Ciudad.

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [■] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [■]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [■] NO [ ]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [■] NO [ ]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [■]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [■]

**NOTA:** Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



MAICKEN DAYAN TAPIA RODRÍGUEZ
c.c. 72.245.125
Contratista

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

# REGISTRADURÍA
## NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**NUIP** 1.048.086.024

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 57973373

*5797337 3*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** C 2 1

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

NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TAPIA | ARENAS |

**Nombre(s)**

FATIMA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes MAR Día 08 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA ATLANTICO PUERTO COLOMBIA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14666108-8 |

**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**

ARENAS HOYOS ILIANA ESTEFANIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.129.577.104 | 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**

TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 72.245.125 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 72.245.125 | |

**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 2018 Mes MAR Día 07 | ALFONSO LUIS AVILA FADUL<br>Nombre y firma |

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
ALFONSO LUIS AVILA FADUL
NOTARIO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Imp. por DITAR S.A. PBX (5) 3319001 Bquilla - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1048093011

Indicativo Serial 60821568

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C Z L

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 3 BARRANQUILLA * * * * * * *

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TAPIA * * * * * * * * * * * * * * * | ARENAS * * * * * * * * * * * * * * * |

Nombre(s)

JUAN DIEGO * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2022 Mes JUN Día 03 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - ATLANTICO - PUERTO COLOMBIA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * * | 173015762 * * * * |

*Datos de la 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

ARENAS HOYOS ILIANA ESTEFANIA * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1129577104 * * * * * * * * * * * * * * * * * * * | COLOMBIA * * * * * * * |

*Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 72245125 * * * * * * * * * * * * * * * * * * * | COLOMBIA * * * * * * * |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

TAPIA RODRIGUEZ MAICKEN DAYAN * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 72245125 * * * * * * * * * * * * * * * * * * * | |

*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 2022 Mes JUN Día 06 | JOHN CARLOS DIAZ OTERO |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:SE EXTIENDE CONFORME AL ARTICULO 118 LEY 1395 DE 2010;06/06/2022

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 3era JOHN CARLOS DIAZ OTERO NOTARIO ENCARGADO NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 3era John Carlos Diaz Otero NOTARIO ENCARGADO NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS

Escaneado con CamScanner