

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL META		Código Regional	50
			Código Centro	911710
			Fecha Elaboración	20 de agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMA			ID de Proceso	82567-709463

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ	C.C.	30.397.113	IP/N° de contacto	123
Correo electrónico contratista:	slvidal@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	36729948076
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	☐ NO		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	1700959/2020	N° Compromiso SIIF	65220		
Valor Total del Contrato	\$ 14.599.204	N° Pago	2		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.774.304	Periodo objeto de pago	Del	01/08/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.124.503	Comisiones	\$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.649.801	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.649.801	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.151.541				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	2.151.541,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.459.920	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 182.500	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 233.600	\$ 140.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	\$ 15.300	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 364.980		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.649.801,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 717.180				
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -				

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Planilla seguridad mes de julio 9409491041 FICHA 2024167 ANALIZAR LA SITUACIÓN REAL DE LA EMPRESA A PARTIR DE LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS ESTADOS E INDICADORES FINAN FICHA 2069879 Conceptualizar la información financiera de la empresa respecto al entorno económico FICHA 2024377 RECONOCER EL TRABAJO COMO UNO DE LOS ELEMENTOS PRIMORDIALES PARA LA MOVILIDAD SOCIAL Y LA TRANSFORMACIÓN VITA FICHA 2027260 Preparar documentos e información contable, de acuerdo con procedimiento técnico y normativa. FICHA 2141941 registrar la información en los libros contables, utilizando comprobantes y documentos comerciales según normas vigentes FICHA 2069303 ELABORAR EL SISTEMA DE COSTOS EN LA PRODUCCIÓN AGROPECUARIA UTILIZANDO HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS, SIGUIENDO TÉ FICHA 1962488 ANALIZAR LA SITUACIÓN REAL DE LA EMPRESA A PARTIR DE LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE LOS ESTADOS E INDICADORES FINAN	

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 diligenciados.	SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	MARIA INES HERNANDEZ RAMIREZ INSTRUCTOR

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

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																															
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF													
CC 30397113			VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL		CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICCA		GRANADA-META		5555555	No													
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																															
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																			
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor													
2020-07	2020-07	715335871		9409491041		I		2020/08/05		2020/08/18		BANCOLOMBIA				13		\$423,800													
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	yip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Exonerado SENA e ICBF	
1	CC	30397113	VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA																			230201	30	EPS017	30		0	14-23	30	0	No
Total Afiliados(1)																															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30397113		VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICCA	GRANADA-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	715335871	9409491041	I	2020/08/05	2020/08/18	BANCOLOMBIA	13	\$423,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,600	\$0	\$0	\$233,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$233,600	\$0	\$0	\$233,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,700	\$0	\$0	\$7,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,700	\$0	\$0	\$7,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$182,500	\$0	\$0	\$182,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$182,500	\$0	\$0	\$182,500	
TOTAL				1	\$423,800	\$0	\$0	\$423,800	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30397113		VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICA	GRANADA-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-07	2020-07	715335871	9409491041	I	2020/08/05	2020/08/18	BANCOLOMBIA	13	\$423,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																	
EMPLEADO									NOVEDADES																								
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp
1	CC	30397113	VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																										
Total		Afiliados(1)																															

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION											SALUD								
	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irt	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							\$ 1.460.000	No		PROTECCION	30	\$ 1.460.000	16%	SIN RIESGO	\$ 233.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 233.600		FAMISANAR	30	\$ 1.460.000	12,5%	\$ 182.500	\$
																					\$ 233.600						\$ 182.500	

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 182.500		0	\$ 0	0%	\$ 0	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 1.460.000	0,522%	1	\$ 7.700	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
\$ 182.500						\$ 0						\$ 7.700				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30397113		VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICCA	GRANADA-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	715335871	9409491041	I	2020/08/05	2020/08/18	BANCOLOMBIA	13	\$423,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,600	\$0	\$0	\$233,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$233,600	\$0	\$0	\$233,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,700	\$0	\$0	\$7,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,700	\$0	\$0	\$7,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$182,500	\$0	\$0	\$182,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$182,500	\$0	\$0	\$182,500	
TOTAL				1	\$423,800	\$0	\$0	\$423,800	

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ

Nro. de recibo: 9409491041

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9409491041

Identificación del contribuyente: 181.135.233.55

Concepto: CC

Razón Social: 30397113

Fecha y hora de la transacción: Martes 18 de Agosto de 2020 11:25:10 AM

Nro. de comprobante: 0000018873

Valor pagado: \$ 423,800.00

Cuenta: *****8076

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de agosto de 2020

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.	1120374191	ISABELLA LEON VIDAL	HIJO
T.I.	1120364635	JUAN ESTEBAN LEON VIDAL	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,


SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ
FIRMA

Nombre: Sandra Liliana Vidal Ramírez

C.C. 30.397.113

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.120.364.635

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43060532

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	X	2	L
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

REGISTRADURIA DE GRANADA - COLOMBIA - META - GRANADA

Datos del inscrito

Primer Apellido LEON				Segundo Apellido VIDAL			
Nombre(s) JUAN ESTEBAN							
Fecha de nacimiento Año 2009 Mes MAY Día 17				Sexo (en letras) MASCULINO		Grupo sanguíneo O	
Factor RH POSITIVO				Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA META GRANADA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
511888799

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	
Documento de identificación (Clase y número) CC 30.397.113	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) CC 19.451.252	Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) CC 19.451.252	Firma

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

Año 2009 Mes MAY Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS HORACIO VASCO SUAREZ REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

EL REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
DE GRANADA META
CERTIFICA

Que la presente fotocopia es fiel copia tomada del original

Fecha de expedición 08 MAR 2017

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



Adhesivo Copia

Registro Civil

20428006-3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

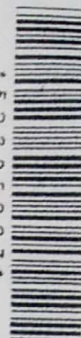
NUIP

1.120.374.191

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

52305227

52305227



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 2 L

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

REGISTRADURIA DE GRANADA - COLOMBIA - META - GRANADA

Datos del inscrito

Primer Apellido LEON Segundo Apellido VIDAL

Nombre(s) ISABELLA

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 2 Mes A G O Día 0 9 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA META GRANADA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 110733639

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número) CC 30.397.113

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 19.451.252

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 19.451.252

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 2 Mes A G O Día 1 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS HORACIO VASCO SUAREZ - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

EL REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
DE GRANADA META
CERTIFICA

ESPACIO PARA NOTAS

Que la presente fotocopia es fiel copia tomada del original

Fecha de Expedición 08 MAR 2017