



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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952710
Fecha Elaboración	Marzo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	76627-137941

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CHRISTIAN ARLEY MEDINA MORALES	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.075.224.607	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	camedina@sena.edu.co	Número de Cuenta:	07641921917
IP/Nº de contacto:	83263	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 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7363987/2025	Nº Compromiso SIIF	13225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:41_9527_062 SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EJECUCIÓN FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS EN LA ESPECIALIDAD MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE EQUIPOS ELECTRONICOS EN EL PROGRAMA ARTICULACION CON				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/03/2025	Al	31/03/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 41.702.233
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 37.102.722

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.599.511</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.704.460</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	7957644389	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.717.151	Base retención en la fuente a título de ICA	4.599.511,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 214.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 274.800	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	\$ 9.700	\$ 9.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299	0,00	0,350%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,350%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0,350%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0,350%
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	\$ 459.951	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 841.000	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 4.599.511,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Durante este período realicé las siguientes actividades en desarrollo del contrato No. C01.PCCNTR. 7363987 del año 2025	
1. Impartí formación profesional en el programa de Articulación del SENA con la Educación Media de la siguiente forma: Fichas 2915685, 2920580 y 3161431 del Programa Técnico en MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE EQUIPOS ELECTRONICOS	
Fichas 2945566 y 3153944 del Programa Técnico en MANTENIMIENTO DE AUTOMATISMOS INDUSTRIALES	
2. Asistí a reunión del equipo ejecutor de la línea de Electrónica el 5 de marzo del 2025.	
3. Creé la ruta de aprendizaje y asocié los aprendices pertenecientes a las fichas 3153944 y 3153949 del Técnico en MANTENIMIENTO DE AUTOMATISMOS INDUSTRIALES.	
4. Presenté informe de ejecución contractual, cuenta de cobro, pago a la seguridad social y demás documentos requeridos.	

**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

*Christian Arley Medina M.*

**CHRISTIAN ARLEY MEDINA MORALES**  
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.

Autorizo el presente pago.  
El Supervisor,

*Omar Geovanny Pardo Macias*

**OMAR GEOVANNY PARDO MACIAS**  
COORDINADOR ACADÉMICO

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**  
**FERMIN BELTRAN BARRAGAN**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075224607
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CHRISTIAN ARLEY MEDINA MORALES MEDINA MORALES		
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 78 # 8-42	TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>7957644389</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	1		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1313387642

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 275.000
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 275.000</b>
<b>SALUD</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 214.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 214.900</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
891180008	CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA		1	\$ 10.500
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 10.500</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 9.100
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 9.100</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 508.900</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 600</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 509.500</b>

**PSE Transacción Aprobada - CUS 1313387642**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: camedinam@gmail.com

5 de marzo de 2025, 9:03 a.m.



**¡Hola, christian arley medina morales!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓  
 CUS: 1313387642  
 Empresa: SOI ACH  
 Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales  
 Valor de la Transacción: \$ 509.500  
 Fecha de Transacción: 05/03/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA ACH-COLOMBIA S.A.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1075224607
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CHRISTIAN ARLEY MEDINA MORALES MEDINA MORALES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 78 # 8-42 TELÉFONO:	5555555
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>7982776461</b>	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	161	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1696508994
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7957644389	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2025/03/05

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIÓNES		1	\$ 21.700
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 21.700</b>
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 16.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 16.900</b>
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8911800082	CCF32	CCF32-COMFAMILIAR DEL HUILA		1	\$ 800
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 800</b>
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 800
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 800</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 36.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 3.900</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 40.200</b>



Christian Arley Medina Morales <camedinam@gmail.com>

**PSE - Transacción Aprobada  CUS 1696508994**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: camedinam@gmail.com

12 de agosto de 2025, 2:59 p.m.



**¡Hola, christian arley medina morales!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 40.200

**Empresa:** SOI ACH

**Descripción:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales






**Fecha de la transacción:** 12/08/2025

**CUS:** 1696508994

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten cuenta estos tips de seguridad:**

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Neiva, 17 de febrero de 2025

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:

<b>T.I.</b>	<b>1077247472</b>	<b>GABRIEL MEDINA QUINTERO</b>	<b>HIJO</b>
<b>NUIP - NIP</b>	<b>1076927485</b>	<b>HELENA MEDINA QUINTERO</b>	<b>HIJO</b>

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: Christian Arley Medina Morales  
C.C. 1075224607

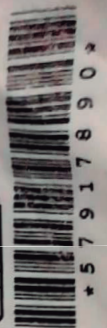


**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

57917890

NUIP 1.077.247.472



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código K G W

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

NOTARIA 4 NEIVA - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA Segundo Apellido QUINTERO

Nombre(s) GABRIEL

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes OCT Día 23 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

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

Número certificado de nacido vivo 14476761-6

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 QUINTERO VARGAS MAYRA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.075.252.799

Nacionalidad 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 MEDINA MORALES CHRISTIAN ARLEY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.075.224.607

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MEDINA MORALES CHRISTIAN ARLEY

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.075.224.607

Firma Christian Arley Medina M.

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 2017 Mes OCT Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza DEYANIRA ORTIZ CUENCA - NOTARIO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA CUARTA DE NEIVA ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL A SOLICITUD DE Christian Arley Medina

NEIVA 27 OCT 2017

PARA ACREDITAR PARENTERA

LA NOTARIA DEYANIRA ORTIZ CUENCA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **62312075**

**NUIP** 1076927485

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
 Registraduría  Notaría  Número  - Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código K S W  
 País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
**COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 3 NEIVA**

Datos del inscrito  
 Primer Apellido **MEDINA** Segundo Apellido **QUINTERO**  
 Nombre(s) **HELENA**  
 Fecha de nacimiento Año **2023** Mes **JUN** Día **07** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor III **POSITIVO**  
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)  
**COLOMBIA - HUILA - NEIVA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **23063010501791**

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)  
**QUINTERO VARGAS MAYRA ALEJANDRA**  
 Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1075252799** Nacionalidad **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)  
**MEDINA MORALES CHRISTIAN ARLEY**  
 Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1075224602** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante  
**MEDINA MORALES CHRISTIAN ARLEY**  
 Documento de identificación (Clase y número) **CC No. 1075224602** Firma **Christian Arley Medina M.**

Datos primer testigo  
 Apellidos y nombres completos  
 Documento de identificación (Clase y número) Firma

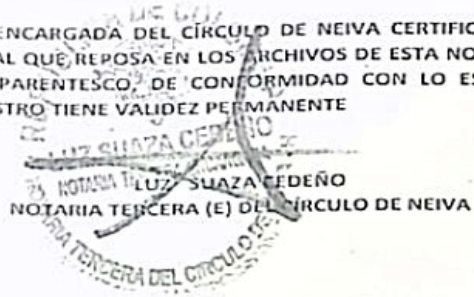
Datos segundo testigo  
 Apellidos y nombres completos  
 Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año **2023** Mes **JUN** Día **23**  
 Nombre y firma del funcionario que suscribió **LUZ SUAZA CEDENO**  
 Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LA SUSCRITA NOTARIA TERCERA ENCARGADA DEL CÍRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970. ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE NEIVA, HUILA LA NOTARIA:

  
**LUZ SUAZA CEDENO**  
 NOTARIA TERCERA (E) DEL CÍRCULO DE NEIVA

**23 JUN 2023**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Cada una