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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**20592-358824**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	79.381.833	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dossa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	005918193
IP/Nº de contacto:	3138037968	**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?	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:	7432931/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**13425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	restar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2025**	**Al**	**31/08/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.505.656
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.722.869
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.906.145

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4610997402**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.700	$ 9.700
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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 901.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.126.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
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	39.366,00	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	**$4.560.145,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la implementación de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas

Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA , aplicando las disposiciones relacionadas

Entregar productos específicos según lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guías, manuales, formatos

Desarrollar actividades de apoyo en la formación profesional integral

Cumplir con las disposiciones sobre protección de datos personales

Generar informes periódicos sobre el avance de las actividades asignadas y programadas en el plan de trabajo

Velar por el adecuado uso de los ambientes de formación y recursos asignados

Proveer los medios y herramientas propias necesarias para el cumplimiento de las actividades contratadas

Elaborar, actualizar, seguimiento y entrega de los planes de mejora asegurando su implementación

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



DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
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,

ORLANDO SUAREZ MOLINA
INSTRUCTOR G15

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

15/08/25 13:00:35 USUARIO: SIC - C.C. 79381833

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79381833
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 28 14 A 56 SUR FRAGUA	TELÉFONO:	4084599
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4610997402**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993648973

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 294.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 294.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 230.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 230.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 534.100**
VALOR MORA:	**$ 800**
TOTAL PAGADO:	**$ 534.900**

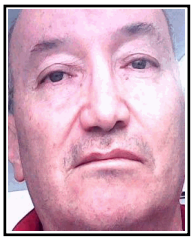
Planilla Pagada

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT. 901434471-7

Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.540

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	**PARTICULARES**
Nombre de la empresa	**Empresa en misión**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	57 AÑOS 0 MESES 17 DÍAS	CC	79381833
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INGENIERO INDUSTRIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO PARA EL CARGO CON PATOLOGÍA APARENTE QUE NO LIMITA LAS FUNCIONES ASIGNADAS

Observaciones: *NO APLICA*

APTO | ANEXO OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL- TRIGLICERIDOS)	✓
OPTOMETRÍA	✓	ANEXO CARDIOVASCULAR	✓
CUADRO HEMATICO III	✓	PRUEBAS PSICOMETRICAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Yuly Guarin Holguin
Médico Cirujano General
Esp. SST Rs. 13171 2019 NC

Firma:

Nombre: GUARIN HOLGUIN YULI MARCELA

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO

R. M.:	53164665	L.S.O.:	15078	Código de Seguridad	CC:	79381833
				U860A1G5540		

IPS VIP SALUD OCUPACIONAL

VIP SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

NIT. 901434471-7

Carrera 28 A # 51-70 Galerias Bogotá (Bogotá D.C., Colombia)
Cels. 3134010901 - 3144591043 - E-mail. vipsaludocupacional@gmail.com
Actividad económica 8621 Tarifa 9.66/1000



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 109

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 27/01/2023 - 05:45 P. M. **Fecha Atención:** 27/01/2023 05:45:05p. m.

CC: 79381833 **Nombres y Apellidos:** OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO **Fecha de Nacimiento:** 09/01/1966 **Edad:** 57 AÑOS 0 MESES 21 DÍA

Genero: MASCULINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CRA 28 NO 14B02 SUR **Teléfono:** **Celular:** 3138037968

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INGENIERO INDUSTRIAL

Funciones del Cargo: INSTRUCTOR **Nivel Académico:** POSTGRADO **Acudiente:** CLAUDIA SUPELANO

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

HIPOCONDRIASIS
Presenta poca angustia o sintomatología de angustia por su salud fisica, denota un interés acorde y normal de su propia salud personal, se muestra positivo, optimista y con acorde manejo y afrontamiento en su vida.

DEPRESION
Con perspectivas de la vida dentro de un equilibrio de optimismo y pesimismo normal relativo a cada situacion; se caracteriza por acorde energía y entusiasmo.

HISTERIA
Se muestra como una persona estable, controlada y pacífica, caracterizada por relaciones interpersonales adecuadas. Con tendencia a una vida social afable.

DESVIACION PSICOPATICA
Persona convencional de pocos interés de poder, a gusto con su vida personal y social, . Refleja buen temperamento y con metas claramente definidas. Objetivo

PARANOIDE
Equilibrado y maduro en la forma de enfrentar la vida y sus obstáculos.

PSICASTENIA
Con capacidad adecuada para organizar su trabajo, no expresa preocupaciones indebidas o innecesarias. Se evidencia Racional y con sentido de critico normal.

ESQUIZOFRENIA
No refleja alteración

HIPOMANIA
Enérgico agradable, entusiasta, sociable, amables de buen temperamento e interesados en la vida. Optimista, alta confianza en si mismo, independencia y libertad

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: RINCON NIETO JESSICA ANDREA
R. M.: 52808

Código de Seguridad
F860L40R109

PACIENTE

Firma:
Nombre: OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO
CC: 79381833

LABORATORIO CLÍNICO

ANALISIS CLINICO ESPECIALIZADO
Dra. Carolina Castillo Romero
Bacterióloga U.Colegio Mayor de Cundinamarca

Fecha de toma: 27-ene.-23 Hora: 02:19 p.m.
Consecutivo: 4031 -
Paciente: DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
Identificación: CC : 79381833
Edad: 56 Años Género: MASCULINO

F. impresión: 28/1/2023 10:00:49
Entidad: VIP IPS
Doctor: .
Teléfono: 0

HEMOGRAMA:

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	Vr REFERENCIA
WBC	**7**	x 10^3/uL	4.0 - 12.0
LYM%	30.3	%	20.0 - 60.0
MID%	12.2	%	0.0. - 10
GRAN%	57.5	%	50.0 - 70.0
LIM#	2.1	x 10^3/uL	0.8 - 7.0
GRAN#	4	x 10^3/uL	2.0 - 8.0
MID#	0.8	x 10^3/uL	0.1 - 1.2
GR	5.16	x 10^6/uL	3.5 - 5.5
HGB	**16.3**	gr%/dL	12 - 16.5
HTC	**43.4**	%	35 - 54
VCM	**84.11**	fL	80 - 100
MCH	**31.59**	pg	27 - 36
MCHC:	37.56	gr/dL	31 - 37
RDW-CV	10.7	%	11- 16
PLQ	246.0	x 10^3/uL	150 - 450
MPV	8.4	%	6.5 - 12
PDW	11.6	fL	9.0 - 17.0
PCT	0.2	%	0,02 - 0,4

DRA. CAROLINA CASTILLO ROME
TP.52530339
BACTERIOLOGA U.C.M.C.

Código de Verificación pl6[=[66JC6=$p=$C$6

LABORATORIO CLÍNICO

ANALISIS CLINICO ESPECIALIZADO
Dra. Carolina Castillo Romero
Bacterióloga U.Colegio Mayor de Cundinamarca

Fecha de toma:	27-ene.-23 Hora: 02:19 p.m.	F. impresión:	28/1/2023 10:01:33
Consecutivo:	4031 -	Entidad:	VIP IPS
Paciente:	DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA	Doctor:	.
Identificación:	CC : 79381833	Empresa:	
Edad:	56 Años Género: MASCULINO		

EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	Vr REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO AUTOMATIZADO CON O SIN Técnica:			
QUIMICA SANGUINEA			
GLICEMIA : Técnica: Colorimétrica	101.00		70-110mg/dl
COLESTEROL TOTAL : Técnica: Colorimétrica	179.50	mg/dl	Hasta 200
TRIGLICERIDOS : Técnica: Colorimétrico	181.90	mg/dl	10 - 170

DRA. CAROLINA CASTILLO ROME
TP.52530339
BACTERIOLOGA U.C.M.C.

Código de Verificación pl6[=[66JC6=$p=$C$6

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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:

C.C.	1000228052	DIEGO ANDRES OSSA SUPELANO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 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.

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.

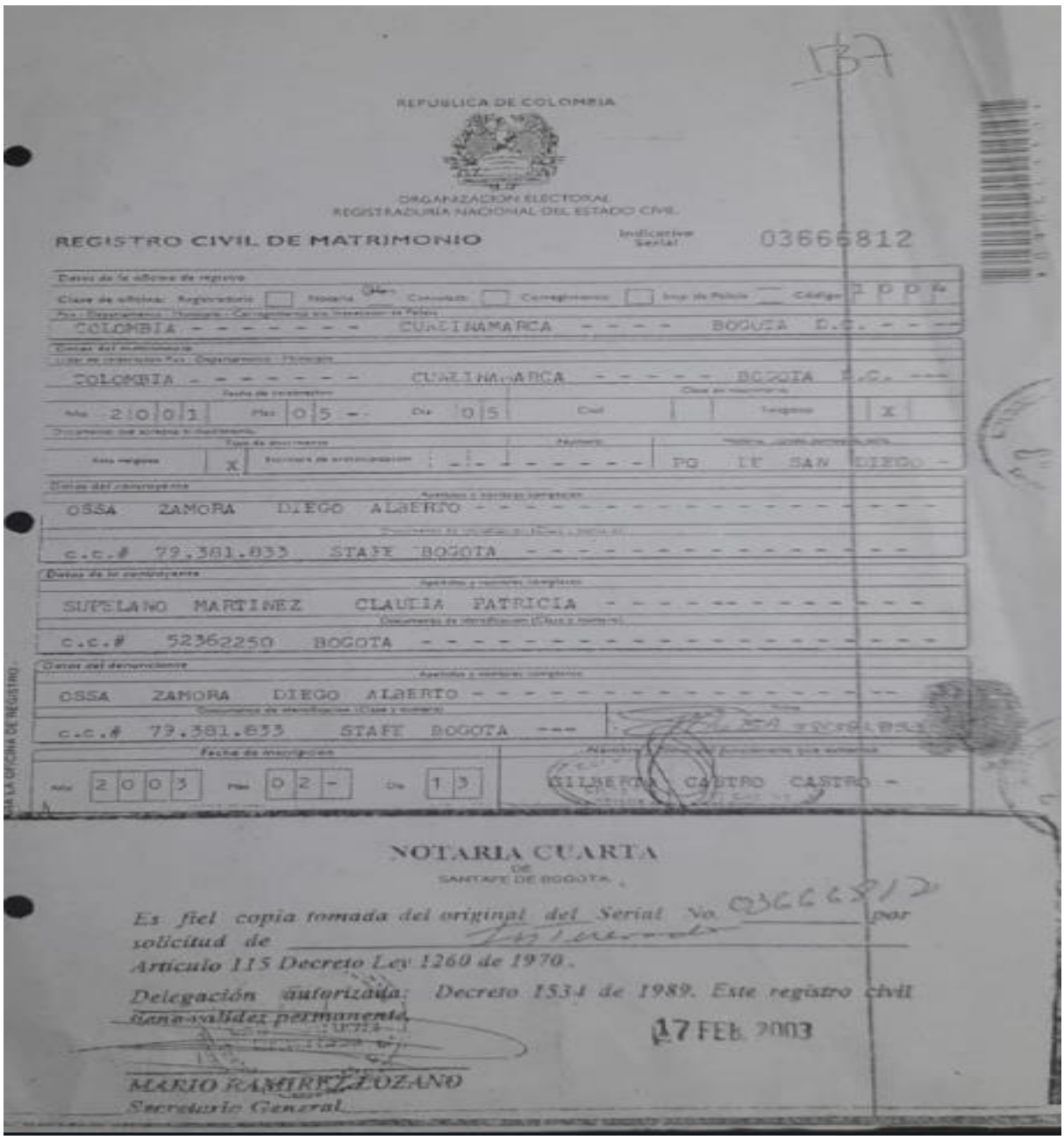
Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



DIEGO ALBERTO OSSA ZAMORA
C.C. 79381833

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO HIJO



REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO

Indicativo Serial: 03666812

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría [ ] Notaría [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Insp. de Policía [ ] Código 1 0 0 1

Dpto.: CUNDINAMARCA Mpio.: BOGOTA D.C.

Datos del matrimonio

Lugar de celebración Dpto.: CUNDINAMARCA Mpio.: BOGOTA D.C.

Fecha de celebración: Año 2001 Mes 05 Día 05 Cód. [ ] Imagen [X]

Tipo de documento: Año vigente [X] Número de identificación: PO IE SAN DIEGO

Datos del contrayente

OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO

C.C.# 79.381.833 STAFF BOGOTA

Datos de la contrayente

SUPELANO MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA

C.C.# 52362250 BOGOTA

Datos del denunciante

OSSA ZAMORA DIEGO ALBERTO

C.C.# 79.381.833 STAFF BOGOTA

Fecha de inscripción: Año 2003 Mes 02 Día 13

GILBERTO CASTRO CASTRO

NOTARIA CUARTA
DE
SANTAFE DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del original del Serial No. 03666812 *por solicitud de* [illegible]
Artículo 115 Decreto Ley 1260 de 1970.
Delegación autorizada: Decreto 1534 de 1989. Este registro civil tiene validez permanente.

17 FEB 2003

MARIO RAMIREZ LOZANO
Secretario General


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.000.228.052
OSSA SUPELANO
APELLIDOS
DIEGO ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
16-DIC-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

RECIBO PARA PAGO SEMESTRE

DIEGO ANDRES OSSA SUPELANO HIJO

UNIVERSIDAD DISTRITAL
Francisco Jose de Caldas
NIT 899.999.230.7

COMPROBANTE DE PAGO No
020241255084014253

PAGUE UNICAMENTE EN
BANCO DE OCCIDENTE

Nombre del Estudiante	Codigo	Doc. Identidad
OSSA SUPELANO DIEGO ANDRES	20241255084	1000228052

Referencia	Descripcion	Valor
1	MATRICULA Cuota 1 de 1	$ 0
2	SEGURO	$ 6,435

Tipo de Pago	Pague Hasta	TOTAL A PAGAR
Ordinario	22/02/2025	$ 6,435
Extraordinario	05/03/2025	$ 6,435

Proyecto Curricular	
LIC. EN CIENCIAS SOCIALES	
Fecha de Expedicion	Periodo
18/02/2025	2025-1

EXONERACION 100% MATRICULA CERO

- COPIA ESTUDIANTE -

- Espacio para timbre o sello Banco -

UNIVERSIDAD DISTRITAL
Francisco Jose de Caldas
NIT 899.999.230.7

COMPROBANTE DE PAGO No
020241255084014253

CS 5B19DBE575CF412E6C40FBC1B3D7B0AC

Nombre del Estudiante	Codigo	Doc. Identidad
OSSA SUPELANO DIEGO ANDRES	20241255084	1000228052

Pago	Fecha Limite	TOTAL A PAGAR
Ordinario	22/02/2025	$ 6,435

(415)7709998000421(8020)020241255084014253(3900)0000006435(96)20250222

Pago	Fecha Limite	TOTAL A PAGAR
Extraordinario	05/03/2025	$ 6,435

(415)7709998000421(8020)020241255084014253(3900)0000006435(96)20250305

Proyecto Curricular	
LIC. EN CIENCIAS SOCIALES	
Fecha de Expedicion	Periodo
18/02/2025	2025-1

Ref.	Descripcion	Valor
1	MATRICULA Cuota 1 de 1	$ 0
2	SEGURO	$ 6,435

OBSERVACIONES:
EXONERACION 100% MATRICULA CERO

- COPIA PROYECTO CURRICULAR -

- Espacio para timbre o sello Banco -

Doblar

UNIVERSIDAD DISTRITAL
Francisco Jose de Caldas
NIT 899.999.230.7

COMPROBANTE DE PAGO No
020241255084014253

CS 5B19DBE575CF412E6C40FBC1B3D7B0AC