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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**28559-733143**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARLOS RAMOS CARRILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.015.571	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cramosc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	82835453533
IP/Nº de contacto:	85321	**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:	7415766/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERV PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI PROGRAMAS REGULAR, CAMPESENA Y/O ECONOMÍA POPULAR RED DE COMUNICACIÓN Y COMPETENCIAS TRANSVERSALES, INTEGRALIDAD FORM. QUE IMPARTE EL CDATTG. RDO.CPE NO. 95-9-2025-00041

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025 Al 30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.090.737
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 56.182.946
Valor Bruto Pago:	**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.756.913

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.333.824	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	**$ 5.333.824**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.136.142**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7983778997**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.133.530	$ 2.133.530
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 266.700	$ 266.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 341.400	$ 341.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 11.200	$ 11.200
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		$ 533.382	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 1.045.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.071.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.136.142,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Univesidad de la Amazonia	26.669,00	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	**$5.307.155,00**	

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se finalizó la competencia de comunicación sobre argumentación, léxico y resolución de conflictos en la comunicación a Tgo. ADSO.
Se finalizó el curso de expresión oral y corporal con las exposiciones técnicas, ejercicios de uso de conectores y recomendaciones prá
Se finalizó el curso de expresión oral y corporal con las exposiciones técnicas, ejercicios de uso de conectores y recomendaciones prá
Se finaliza el curso de enseñanza del español nivel 1 como segunda lengua para personas con discapacidad auditiva, evaluación final te
Se impartió formación sobre la competencia de procesos de comunicación eficaz, iniciando por resultados de componentes y argumentación
Se impartió formación sobre tipos de introducción, cómo evitar las muletillas al exponer, técnica vocal y la estructuración de exposic
Se impartió formación de redacción y ortografía con el tema del acento, tildación, normas Real Academia Española 2010, uso de conector
Se hizo administración de la Formación Profesional Integral haciendo algunos ajustes a las guias de aprendizaje y actividades de progr

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

CARLOS RAMOS CARRILLO
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,

JORGE YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO
INSTRUCTOR G10

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
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

30/09/25 06:28:24 USUARIO: SIC - C.C. 91015571

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91015571
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS RAMOS CARRILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CARRERA 20#20-37	TELÉFONO:	5849067
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:	**7983778997**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1761507081

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 341.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 341.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 266.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 266.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 11.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 619.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 619.300**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Certificamos que CARLOS con documento CEDULA DE CIUDADANIA 91015571, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) CARLOS RAMOS CARRILLO con documento CC 91015571, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7983778997	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	SEPTIEMBRE/2025	Periodo Cotización Salud	SEPTIEMBRE/2025
Fecha Pago	2025/09/08	Número de Autorización	1761507081

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 29 de septiembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

NUIP - NIP	**1.033.750.215**	**JUAN CARLOS RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.027.533.902**	**JOSE MANUEL RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.120.579.641**	**NELSON JOEL RAMOS HUIZA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.120.589.100**	**OBED RAMOS HUIZA**	**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,



CARLOS RAMOS CARRILLO

CC. 91.015.571 de Barbosa S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil

NUIP 1.033.750.215

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50793502

50793502

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 A

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

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

JUAN CARLOS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes NOV Día 21	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10453198-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

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 2010 Mes DIC Día 30	ROBIELA TRUJILLO PEREZ - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027533902

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52614959

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 5 6 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 9 H

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

JOSE MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes DIC Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1183B117-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.031.121.976 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.015.571 de BARBOSA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91.015.571 de BARBOSA	Carlos Ramos E.

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 2013 Mes ENE Día 18	MAURICIO E.BARCIA [illegible] C
	Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

52614959

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.120.579.641

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52124549

52124549

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s)

NELSON JOEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes AGO Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12631473-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

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 2014 Mes AGO Día 21	JORGE MILLER VEGA DIAZ - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
34127749-7

NUIP 1.120.589.100

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63544393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	HUIZA

Nombre(s): OBED

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 31	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23057310491725

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: HUIZA HURTADO DIANA ELIZABETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.031.121.976	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: RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.015.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMOS CARRILLO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.015.571	

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 2023 Mes JUN Día 07	LUZ ELENA DIAZ CAMPOS - REGISTRAD Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

07.JUN.2023 - LIBRO DE VARIOS - TOMO # 058, FOLIO #0262.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

63544393