

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  |                          |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|------------------------------|
| <br><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> | <b>FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER-EMPRENDE RURAL</b> |  | <b>Código Regional</b>   | <b>68</b>                    |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  | <b>Código Centro</b>     | <b>954110</b>                |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  | <b>Fecha Elaboración</b> | <b>31 de octubre de 2020</b> |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  | <b>Versión</b>           | <b>AGOSTO 2020 - 5,20</b>    |
|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |  | <b>ID de Proceso</b>     | <b>41557-355307</b>          |

|                                                                                                                                                  |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                     |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Nombres y apellidos contratista:</b> GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS                                                                     |                                                       | <b>C.C.</b> 37.897.046                                                                           | <b>IP/N° de contacto</b> 73876 |  |
| <b>Correo electrónico contratista:</b> ghmelgarejo@sena.edu.co                                                                                   |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE                                                                                                           | <b>Pertenece al régimen simple de tributación?</b> NO | <b>Es declarante de renta?</b> NO                                                                | <b>Es Pensionado?</b> NO       |  |
| <b>Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000</b> NO                                                                                         | <b>Inducción SST</b> SI                               | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</b> NO                                                    |                                |  |
| <b>Banco al cual consignar:</b> BANCOLOMBIA                                                                                                      | <b>Tipo de cta</b> AHORROS                            | <b>N° Cuenta</b> 32214510196                                                                     |                                |  |
| <b>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</b> NO                   |                                                       | <b>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000</b> NO |                                |  |
| <b>Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:</b> N/A                                                              |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:</b> N/A        |                                                       |                                                                                                  |                                |  |
| <b>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:</b> N/A |                                                       |                                                                                                  |                                |  |

|                                                    |                                 |                               |  |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                 |                               |  |                                         |
| <b>N° del contrato:</b> 1386434/2020               | <b>N° Compromiso SIIF</b> 36220 |                               |  |                                         |
| <b>Valor Total del Contrato</b> \$ 30.321.200      | <b>N° Pago</b> 8                | <b>Periodo objeto de pago</b> |  | <b>Valor Bruto Pago</b> \$ 3.790.150,00 |
| <b>Saldo Anterior del Contrato</b> \$ 4.421.840    | <b>Del</b> 01/10/2020           | <b>Al</b> 31/10/2020          |  |                                         |
| <b>Nuevo Saldo del Contrato</b> \$ 631.690         | <b>Comisiones</b> \$ 449.390,00 |                               |  |                                         |

|                                                             |                                                  |  |              |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|--------------|--|
| <b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b> |                                                  |  |              |  |
| <b>Ingresos por honorarios</b> \$ 3.790.150                 | <b>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</b> |  | <b>0,00%</b> |  |
| <b>Ingresos por comisiones</b> \$ 449.390                   | <b>Retención en la Fuente del Periodo</b>        |  | <b>\$ 0</b>  |  |
| <b>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ 0      |                                                  |  |              |  |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b> \$ 4.239.540              | <b>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</b>         |  | <b>\$ 0</b>  |  |
| <b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> \$ 2.537.540        | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>            |  | <b>\$ 0</b>  |  |

|                                                                              |                   |                     |                                                           |               |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b> |                   |                     |                                                           |               |
| <b>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</b>                           | <b>Octubre</b>    | <b>Septiembre</b>   | <b>Valor Base retención en la fuente</b> 2.537.540,00     | <b>TARIFA</b> |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b> \$ 1.516.060                         | <b>9410965951</b> | <b>\$ 1.516.060</b> | <b>Valor Base retención en la fuente ICA</b> 3.807.340,00 |               |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b> \$ 189.600                | <b>\$ 189.600</b> | <b>\$ 189.600</b>   | <b>Valor base IVA</b> 0,00                                |               |
| <b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b> \$ 242.600              | <b>\$ 242.600</b> | <b>\$ 242.600</b>   | <b>IVA (Si es RESPONSABLE)</b> 0,00                       | <b>19%</b>    |
| <b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b> \$ -              | <b>\$ -</b>       | <b>\$ 0</b>         | <b>Menos Retención en la Fuente</b> 0,00                  | <b>0,00%</b>  |
| <b>ARL II</b> \$ 15.900                                                      | <b>\$ 15.900</b>  | <b>\$ 15.900</b>    | <b>Menos Retención IVA</b> 0,00                           | <b>15%</b>    |
| <b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b> \$ -            | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Reteica - 8299</b> 0,00                                | <b>0,600%</b> |
| <b>Aportes voluntarios a cuentas AFC</b> \$ -                                | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000</b> \$ -  | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700</b> \$ -                      | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -    | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -      | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b> \$ -     | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Otras Retenciones</b> 0,00                             | <b>0,000%</b> |
| <b>Dependientes hasta \$ 1.139.424</b> \$ 423.954                            | <b>\$ 423.954</b> | <b>\$ 423.954</b>   | <b>Descuentos de Libranza</b> 0,00                        |               |
| <b>Salud hasta \$ 569.712</b> \$ -                                           | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         | <b>Descuentos de embargo (Si tiene)</b> 0,00              |               |
| <b>Renta Exenta 25% \$ 8.545.680</b> \$ 845.847                              | <b>\$ 845.847</b> | <b>\$ 845.847</b>   | <b>VALOR A PAGAR</b> \$ 3.790.150,00                      |               |
| <b>Retención en la Fuente Contingente</b> \$ -                               | <b>\$ -</b>       | <b>\$ -</b>         |                                                           |               |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |
| FICHA:2165971.Emprendedores en producción de codornices;AA:Adecuar suministro alim.COM:plan de alim.Fecha:2a15 de 8-12 y 13-17Horas:16<br>AA: suministro Alim y agua,COM:plan de alim.Fecha:8-9 de 8-12 a 13-17,Horas:16,AA:limp y desinf,COM: E bioseguridad,Fecha:12,15y16 de 8-12 de 13-17,Horas:24,AA:Registros,COM:E bioseguridad.Fecha:19.22 y23 de 8-12 y 13-17Horas:24h,AA:control de vectores,COM:E.bioseguri fecha:26-29 y 30 de 8-12 y13-17Horas:24. Horas:104. FICHA 2147399: EMPRENDEDORES HUEVO: AA: ejucutar higienicas,COM:levantar aves,Fech 6-7 y13 de 8-12 y13-17HORAS:24.AA: alist,equi para producción,COM:Levantar avesFecha:14 y20 de 8-12 y 13a17 Horas:16H. FICHA:2165964.P Agropecuaria:AA:ejecutar act sanitaria y contro,COM:Levantar aves. Fecha:3-10-17 y 24 de 6-14. Horas:32H. FICHA:2086797:P AGROPECUARIA<br>AA:Ejecutar control plagas,COM:Levantar aves.Fecha:21-28 de 8-12 y 13-17 Horas:16H<br>TOTAL DE HORAS:192 PLANILLA:94109665951 APORTES EN LINEA |  |  |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. |  | <b>GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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. | <b>Autorizo el presente pago.</b><br><b>El Supervisor,</b><br><br><b>KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO</b><br><b>INSTRUCTOR G11</b> |

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**

**NELLY QUIROGA SARMIENTO**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                      |                 |                    |                       |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                         | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección             | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 37897046                   |    | MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 12 N. 9-51 PISO 3 | SAN GIL-SANTANDER   | 7248265  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |              |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|--------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago         |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco        | Valor     |
| 2020-09                           | 2020-09 | 1000000552 | 9410965951 | I        | 2020/10/13 | 2020/10/19 | BANCO BOGOTA | \$470,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |                  |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |
|-------------------------------------------------|----------------|------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                        |                |                  | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                             | Identificación | Nombres          | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)              |                |                  |         |      | \$1,520,000 | \$243,200 |        |      | \$1,520,000 | \$190,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,520,000 | \$37,100 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)     |                |                  |         |      | \$1,520,000 | \$243,200 |        |      | \$1,520,000 | \$190,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,520,000 | \$37,100 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados) |                |                  |         |      | \$1,520,000 | \$243,200 |        |      | \$1,520,000 | \$190,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,520,000 | \$37,100 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                               | CC 37897046    | MELGAREJO GLADYS | 25-14   | 30   | \$1,520,000 | \$243,200 | EPS044 | 30   | \$1,520,000 | \$190,000 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,520,000 | \$37,100 | 0            | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados ( 1)                            |                |                  |         |      | \$1,520,000 | \$243,200 |        |      | \$1,520,000 | \$190,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,520,000 | \$37,100 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                      |                 |                    |                       |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|--------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                         | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección             | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 37897046                   |    | MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 12 N. 9-51 PISO 3 | SAN GIL-SANTANDER   | 7248265  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |              |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|--------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago         |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco        | Valor     |
| 2020-09                           | 2020-09 | 1000000552 | 9410965951 | I        | 2020/10/13 | 2020/10/19 | BANCO BOGOTA | \$470,300 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$243,200        | \$0            | \$0                    | \$243,200        |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$243,200        | \$0            | \$0                    | \$243,200        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$37,100         | \$0            | \$0                    | \$37,100         |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$37,100         | \$0            | \$0                    | \$37,100         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$190,000        | \$0            | \$0                    | \$190,000        |
| MEDIMAS EPS                  | EPS044 | 901,097,473 | 5  | 1         | \$190,000        | \$0            | \$0                    | \$190,000        |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$470,300</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$470,300</b> |

## **CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, 30 de OCTUBRE 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:

|      |            |                          |      |
|------|------------|--------------------------|------|
| R.C. | 1238838091 | VERONICA PLATA MELGAREJO | HIJA |
|------|------------|--------------------------|------|

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,

Gladys H. Melgarejo B.

---

FIRMA

Nombre: GLADYS HELIANA MELGAREJO B

C.C.37.897.046 SAN GIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
0  
A  
B  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
Q  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z

NUIP 1238838091 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 152667980

Datos de la oficina de registro de oficina

|                                        |                                  |                             |                                    |                                        |                                                |                             |
|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|
| Registraduría <input type="checkbox"/> | Notaría <input type="checkbox"/> | Número <input type="text"/> | Consulado <input type="checkbox"/> | Corregimiento <input type="checkbox"/> | Inspección de Policía <input type="checkbox"/> | Código <input type="text"/> |
|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|

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

B 5 U

Primer Apellido SANTANDER Segundo Apellido SAN GIL CLIN. SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.

Nombre(s) PLATA MELGAREJO

Fecha de nacimiento Año Mes Día 2 0 1 8 E N E Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Declaración de testigos \* \* \* \* \* Número certificado de nacido vivo \* \* \* \* \*

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO \* \* \* \* \* 14342347-3 \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad

MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA \* \* \* \* \* COLOMBIA

Apellido y nombres completos COLOMBIA

Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad

PLATA PINEDA PEDRO AGUSTIN \* \* \* \* \* COLOMBIA

Apellido y nombres completos COLOMBIA

Documento de Identificación (Clase y número) Firma

PLATA PINEDA PEDRO AGUSTIN \* \* \* \* \* *[Firma]*

Datos primer testigo \* \* \* \* \* Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) Firma

\* \* \* \* \* *[Firma]*

Datos segundo testigo \* \* \* \* \* Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) Firma

\* \* \* \* \* *[Firma]*

Fecha de Inscripción Año Mes Día 2 0 1 8 E N E 0 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRL

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

*[Firma]* OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRL

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: DE FECHA: 05/01/2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -