SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**92436-264517**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI
Correo electrónico contratista: ohernandezh@sena.edu.co
C.C. 94.541.821 **IP/Nº de contacto** 3116253017

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91209665277

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1777245/2020 **Nº Compromiso SIIF** **24720**

Valor Total del Contrato	$ 14.907.920	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.021.412	**5**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**16/12/2020**	**$ 2.021.412,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.021.412	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		7,72%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 434.049
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.542.398			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.563.810**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.619.547**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 434.049**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7772617827**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 21.400	$ 37.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 485.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 379.200	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 74.000	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 956.381	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.873.182	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	5.619.547,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.771.112,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	434.049,00	7,72%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	10.107,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.577.256,00**	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ficha 2164687 FPPPIS (12 horas)
Apoyo ficha 1835677 FPPPIS (9 horas)
Desarrollo curricular programa FPPPIS (44 horas)
EDT II Simposio Desarrollo e innovación tecnológica (10 horas)
Preparación de clases y horas administrativas (11 horas)

Total horas mes Diciembre: 86

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ALIRIO CUENCA RODRÍGUEZ
PROFESIONAL G06

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

PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	94541821
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 42 #28 A 150 APTO201 E	TELÉFONO:	3083144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7772617827**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			833243508

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 242.600
SUBTOTALES:										**$ 242.600**	**$ 0**	**$ 242.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 189.600
SUBTOTALES:													**$ 189.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 189.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 37.000
SUBTOTALES:									**$ 37.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 37.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP																
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 94541821	HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.516.060				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.516.060	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.600	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.516.060	$ 189.600	$ 0	$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.516.060	94541821	$ 37.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 469.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	94541821
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CARRERA 42 #28 A 150 APTO201 E	TELÉFONO:	3083144
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7773957877**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			833282680

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 0**	**$ 140.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 109.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									**$ 21.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 21.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 94541821	HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.516.060				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	94541821	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 271.700**

Planilla Pagada

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR:
FECHA:
REGIONAL:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI	IDENTIFICACIÓN C.C. No 94.541.821
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Calle 52 # 2 BIS- 15 ASTIN	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1777245 de 2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Jhon Jairo Leal F.	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Maria Elena Fernandez	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Nidia Cuenca R.	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	James Franco	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)			
CONTABILIDAD			
TESORERIA	X	Juan Guillermo Mesa	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Baudin Seth Escobar	
BIBLIOTECA	X	Sandra Perez	01C-9-2020
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Nidia Cuenca R.	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

GTH-F-074 V.03

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 30 de noviembre 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:

NUIP - NIP	**1.110.302.561**	**JUAN MARTIN HERNANDEZ MARIN**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1.105.934.632**	**JERONIMO HERNANDEZ MARIN**	**HIJO**

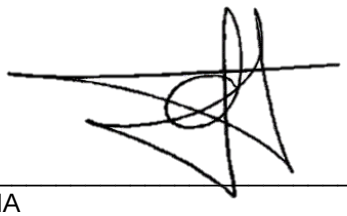
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,

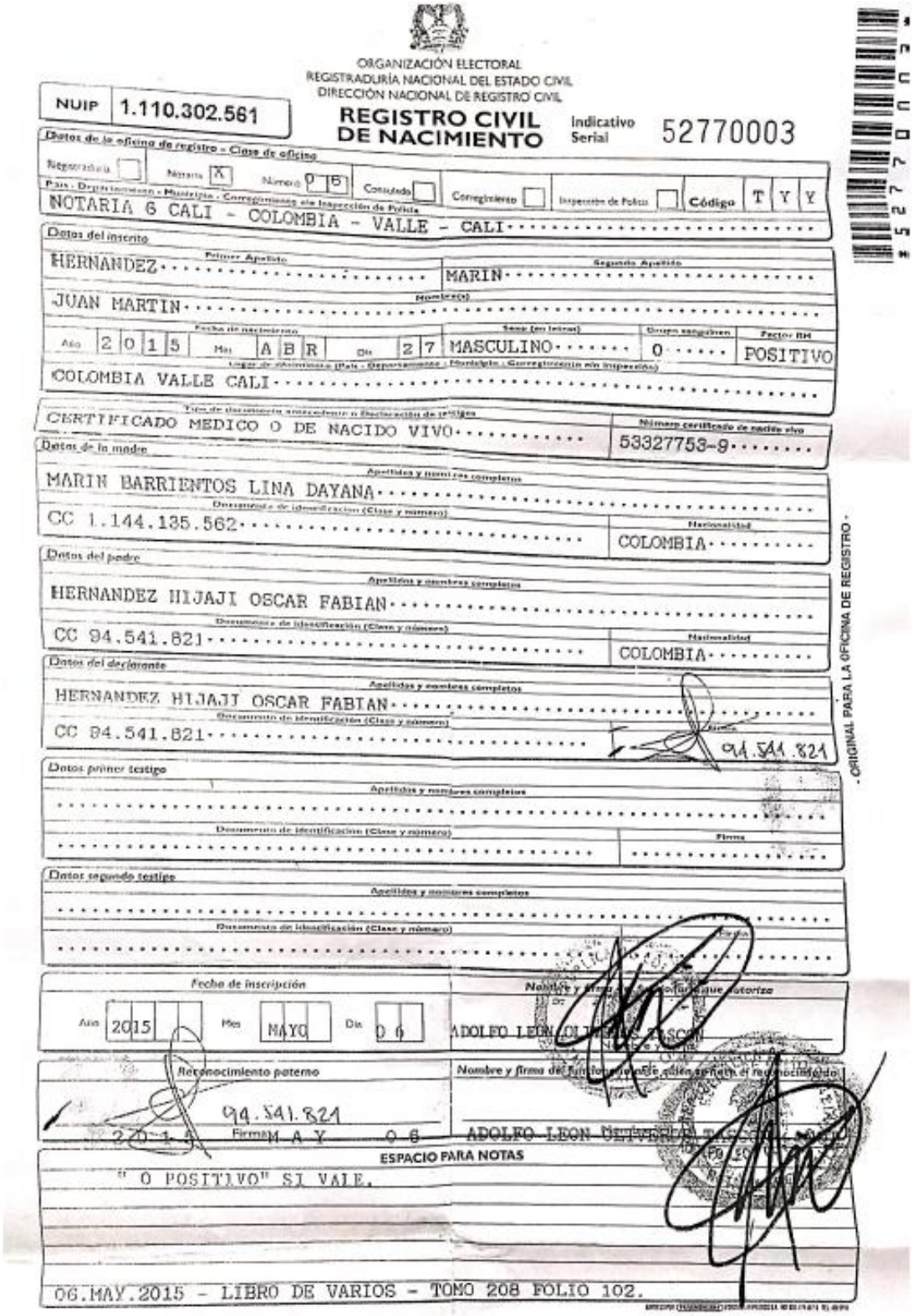


FIRMA

Nombre: OSCAR FABIAN HERNANDEZ HIJAJI

C.C. 94.541.821

ANEXOS



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

NUIP 1.110.302.561

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52770003

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría X Número 06 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código TYY

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 6 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido: HERNANDEZ | Segundo Apellido: MARIN

Nombre(s): JUAN MARTIN

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes ABR Día 27 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 53327753-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MARIN BARRIENTOS LINA DAYANA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.144.135.562 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número): CC 94.541.821 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número): CC 94.541.821 | Firma: 94.541.821

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):

Fecha de inscripción: Año 2015 Mes MAYO Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON

Reconocimiento paterno: 94.541.821 | Firma: MAY 06

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ADOLFO LEON OLIVEROS TASCON

ESPACIO PARA NOTAS

" O POSITIVO" SI VALE.

06.MAY.2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 208 FOLIO 102.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1105934632

Indicativo Serial 55593937

55593937

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 10 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 3 Z

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

COLOMBIA VALLE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	MARIN

Nombre(s): JERONIMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes MAY Día 27	masculino	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14850331-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MARIN BARRIENTOS LINA DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.#1144135562 Cali	Colombiana

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c.#94541821 Cali	Colombiana

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ HIJAJI OSCAR FABIAN

Documento de identificación (Clase y número): c.c.#94541821 Cali

Firma: X

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

NOTARIA DECIMA CALI
VIVIAN ARISTIZABAL
NOTARIA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes JUN Día 07	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -