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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**911410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**90972-799802**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAIRA MUÑOZ YANEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.057.580.472	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mmunozy@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055025660010552O
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9278383/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, CBC Y MUNICIPIOS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.479.142
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 34.741.645

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.777.847**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9501363971**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.800	$ 19.800
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 926.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.507.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	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 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Universidad Popular del Cesar	23.687,00	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	**$4.713.810,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3335935 Gestión Integral del transporte

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3070245 Coordinación de procesos logísticos

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3070243 ADSO

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3402583 Cultivo y cosecha de palma

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3335618 Servicios comerciales y financieros

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3070254 Gestión de redes de datos

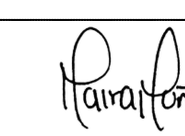
Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3070251 Gestión de redes de datos

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3118634 Gestión de redes de datos

Apoyo a la formación en las competencias transversales de la ficha 3185955 Coordinación de procesos logísticos

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



MAIRA MUÑOZ YANEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

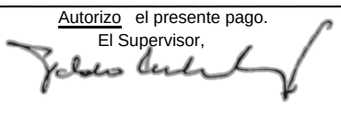
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



PABLO EMILIO CORREA PARRA
INSTRUCTOR G17

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
ISMAEL ENRIQUE VANSTRAHLEN PEINADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/04/26 12:18:19 USUARIO: SIC - C.C. 1057580472

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	226689374	9501363971	I	2026/04/20	2026/04/15	NEQUI	0	$543,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$19,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$19,300		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$19,300		$0	$0
1	CC 1057580472	MUÑOZ MAIRA	231001	30	$1,839,804	$294,400	EPS002	30	$1,839,804	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,839,804	$19,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$0	$0			$1,839,804	$19,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	226689374	9501363971	I	2026/04/20	2026/04/15	NEQUI	0	$543,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$0	$0	$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$0	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				1	$543,700	$0	$0	$543,700

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	242454118	9503406477	N	2026/04/20	2026/04/21	NEQUI	1	$16,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$55,194	$8,800			$55,194	$6,900			$0	$0			$55,194	$500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$55,194	$8,800			$55,194	$6,900			$0	$0			$55,194	$500		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)						$55,194	$8,800			$55,194	$6,900			$0	$0			$55,194	$500		$0	$0
1	CC	1057580472	MUÑOZ MAIRA	231001	30	($1,839,804)	($294,400)	EPS002	30	($1,839,804)	($230,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,839,804)	($19,300)	0	$0	$0
2	CC	1057580472	MUÑOZ MAIRA	231001	30	$1,894,998	$303,200	EPS002	30	$1,894,998	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,998	$19,800	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$55,194	$8,800			$55,194	$6,900			$0	$0			$55,194	$500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1057580472		MUÑOZ YANEZ MAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 20 No. 8 - 153 B. Estadio	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5581313	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	242454118	9503406477	N	2026/04/20	2026/04/21	NEQUI	1	$16,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,800	$100	$0	$8,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$8,800	$100	$0	$8,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500	$100	$0	$600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$500	$100	$0	$600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$100	$0	$7,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$6,900	$100	$0	$7,000
TOTAL				1	$16,200	$300	$0	$16,500

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de abril de 2026

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:

T.I.	**1066354957**	**HELYAM HUMBERTO QUINTERO MUÑOZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1067738425**	**GÉNESIS QUINTERO MUÑOZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1067738426**	**SOPHIA QUINTERO MUÑOZ**	**HIJO**

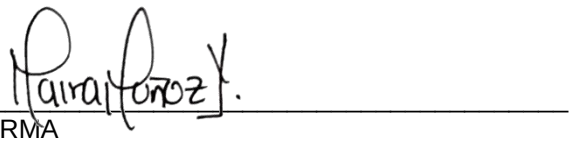
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Maira Muñoz Yanez

C.C. 1.057.580.472 de Sogamoso

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.067.738.425

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63417647

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H Y H

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

REGISTRADURIA DE AGUSTIN CODAZZI - COLOMBIA - CESAR - AGUSTIN CODAZZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	MUÑOZ

Nombre(s)

GENESIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25018910000587

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

MUÑOZ YANEZ MAIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.580.472	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

QUINTERO GUTIERREZ WILLIAM JUNIOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.067.727.085	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO GUTIERREZ WILLIAM JUNIOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.067.727.085	William Quintero

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 2025 Mes ENE Día 09	CLAUDIA PATRICIA DIAZ DIAZ - REGI Nombre y firma

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

14 ENE. 2025

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Claudia Patricia Díaz D.
REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

• 63417647 •

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Antecedente Legal Registro Civil
14344130 7

63417648

NUIP 1.067.738.426

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 63417648

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H Y H

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

REGISTRADURIA DE AGUSTIN CODAZZI - COLOMBIA - CESAR - AGUSTIN CODAZZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	MUÑOZ

Nombre(s)

SOPHIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CESAR AGUSTIN CODAZZI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	25018310000591

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

MUÑOZ YANEZ MAIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.580.472	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

QUINTERO GUTIERREZ WILLIAM JUNIOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.067.727.085	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO GUTIERREZ WILLIAM JUNIOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.067.727.085	William Quintero

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 2025 Mes ENE Día 09	CLAUDIA PATRICIA DIAZ DIAZ - REGI Nombre y firma

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

14 ENE. 2025

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Claudia Patricia Diaz D.
REGISTRADORA MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.066.354.957**

QUINTERO MUÑOZ

APELLIDOS

HELYAM HUMBERTO

NOMBRES

Helyam

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-2014**

VALLEDUPAR
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

25-NOV-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

30-NOV-2021 AGUSTIN CODAZZI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1215000-01273885-M-1066354957-20211227 **0077**563129A 1 8503542081

Powered by CamScanner