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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	63
Código Centro	953810
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	22156-374439

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	BEATRIZ HELENA ANDICA CASTAÑO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	24.605.071	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	bhandica@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	470100188536
IP/Nº de contacto:		**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**	SI

¿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:	9158177/2026	**Nº Compromiso SIIF**	29626	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios para Orientar Formación Profesional Integral Titulada y/o Complementaria en la modalidad presencial y/o virtual, de acuerdo con los modelos formativos que hayan sido establecidos por el SENA y los programas de formación ofertados por el Centro de Comercio y Turismo Regional Quindío, atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.580.825
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 22.897.902
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.843.328

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	**$ 2.785.747**	**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		----------	**8755 - 0513**
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 I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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%	$ 17.239.775	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.830.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLANEACION DE VISITAS PRESENCIALES PARA CIERRE DE ETAPA PRODUCTIVA
REALIZACION DE VISITA A EMPFESAS PARA FINALIZACION DE ETAPA PRODCUTIVA APRENDICES
REALIZACION DE VISITAS VIRTUALES PARA CIERRE DE ETAPA PRODUCTIVA A APRENDICES
ELABORACIÓN DE FORMATO F-023 V5 DE LAS VISITAS VIRTUALES REALIZADAS
REALIZACION DE EVALUACION DE LA RUTA DE APRENDIZAJE EN SOFIA PLUS
REALIZACION DE CIERRES DE ETAPA PRODUCTIVA
REALIZACION DE CONCEPTO TECNICO
REALIZACION DE SOLICITUDES VARIAS A COORDINACION Y A INSTRUCTORES LIDERES

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



BEATRIZ HELENA ANDICA CASTAÑO
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,

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
PROFESIONAL G13

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 24605071		ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 CARRERA 11 BIS 8-48	CIRCASIA-QUINDIO	7584024	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	182855049	9500668755	I	2026/04/20	2026/03/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$545,700

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)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$9,900		$0	$0
Ciudad: CIRCASIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$9,900		$0	$0
1	CC 24605071	ANDICA BEATRIZ	25-14	30	$1,880,000	$300,800	EPS041	30	$1,880,000	$235,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,880,000	$9,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,880,000	$300,800			$1,880,000	$235,000			$0	$0			$1,880,000	$9,900		$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 24605071		ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 CARRERA 11 BIS 8-48	CIRCASIA-QUINDIO	7584024	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	182855049	9500668755	I	2026/04/20	2026/03/31	BANCO DAVIVIENDA	0	$545,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,800	$0	$0	$300,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$300,800	$0	$0	$300,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,000	$0	$0	$235,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$235,000	$0	$0	$235,000
TOTAL				1	$545,700	$0	$0	$545,700

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	201.233.230.184
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9500668755
Valor:	545,700
Período de pago:	2026-03
No Transacción (CUS):	182855049
Fecha:	2026/03/31
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9500668755
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Centro de ayuda

Preguntas frecuentes

Registre solicitudes

Consulte el estado de sus solicitudes

Novedades y noticias

Guías y tutoriales

Políticas de cookies

Protección de datos

Código del buen gobierno

Términos y condiciones

Política del Sistema Integrado de Gestión

Línea ética

Copyright © 2026 Aportes en Línea

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 24605071		ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 CARRERA 11 BIS 8-48	CIRCASIA-QUINDIO	7584024	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	230962781	9503160513	N	2026/04/20	2026/04/17	NEQUI	0	$4,300

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)						$14,999	$2,400			$14,999	$1,900			$0	$0			$14,999	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$14,999	$2,400			$14,999	$1,900			$0	$0			$14,999	$0		$0	$0
Ciudad: CIRCASIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)						$14,999	$2,400			$14,999	$1,900			$0	$0			$14,999	$0		$0	$0
1	CC	24605071	ANDICA BEATRIZ	25-14	30	($1,880,000)	($300,800)	EPS041	30	($1,880,000)	($235,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,880,000)	($9,900)	0	$0	$0
2	CC	24605071	ANDICA BEATRIZ	25-14	30	$1,894,999	$303,200	EPS041	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	$9,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$14,999	$2,400			$14,999	$1,900			$0	$0			$14,999	$0		$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 24605071		ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 9 CARRERA 11 BIS 8-48	CIRCASIA-QUINDIO	7584024	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	230962781	9503160513	N	2026/04/20	2026/04/17	NEQUI	0	$4,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$0	$0	$2,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$2,400	$0	$0	$2,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$0	$0	$1,900
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$1,900	$0	$0	$1,900
TOTAL				1	$4,300	$0	$0	$4,300

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	201.233.230.184
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9503160513
Valor:	4,300
Período de pago:	2026-03
No Transacción (CUS):	230962781
Fecha:	2026/04/17
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9503160513
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Copyright © 2026 Aportes en Línea

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000641
17/02/2026 8:32:11 a. m.
Destinatario: 639538

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

Febrero de 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de febrero 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:

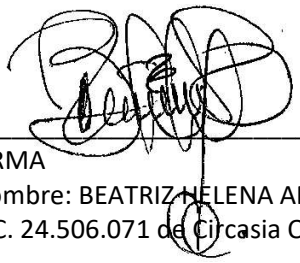
T.I.	**1.098.311.524**	**Jerónimo Díaz Andica**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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: BEATRIZ HELENA ANDICA CASTAÑO
C.C. 24.506.071 de Circasia Q

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N1557644

NUIP 1.098.311.524

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
DIAZ ANDICA JERONIMO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2012 Mes FEB Día 25 | Sexo (en letras): MASCULINO | Tipo Sanguíneo: O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras): Año 2014 Mes ENE Día 13 | Indicativo serial: 0042635732

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 24.605.071 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ANDICA CASTAÑO BEATRIZ HELENA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 24.605.071

Espacio para notas

VALIDO SIN SELLO ART. 11 DEC. 2150 DE 1995

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA QUINDIO CIRCASIA | Código: 09A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2014 Mes ENE Día 13

Nombre y firma del funcionario

LUIS JAIME LOAIZA GARCIA
Registrador del Estado Civil

Powered by CamScanner