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 VALLE

CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**954410**
Fecha Elaboración	**Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**56489-731332**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLARA SOPHIA MILLAN BONILLA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	34.330.259	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cmillan@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	111369062
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 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:	8965273/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: Prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión como instructor para el acompañamiento y orientación de la formación profesional integral en los programas de acuerdo con el perfil requerido, en formación titulada y/o complementaria, bajo modalidades presencial, virtual o a distancia, según los lineamientos del Centro de Biotecnología Industrial de la Regional Valle,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026 Al 30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.109.564
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.719
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.372.067

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 201.633	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.939.130**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.921.217**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		----------	**9505402539**
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		$ 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		$ 493.913	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$37.927.505	$ 974.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.693.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.921.217,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
.	0,00	0,000%
.	0,00	0,000%
.	0,00	0,000%
.	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	24.696,00	0,000%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.712.801,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3315572. lunes. horario de 10:00am a 12:00. SENA-CBI. Palmira-Valle. Ficha 3315709. jueves. Horario de 1:00pm a 3:00pm. SENA-CSI
Ficha 3493053. Lunes. Horario de 6:00am a 8:00am. SENA-CBI. Palmira-Valle.Ficha 3235661. Viernes. horario de 6:00am a 9:00am. SENA-CBI
Ficha 3410038. martes. Horario de 6:00am a 8:00am. SENA-CSI. Palmira-Valle. Ficha 3315675. Viernes. Horario de 9:00am a 11:00am. SENA-
Ficha 3235699. martes. Horario de 8:00am 10:00am. SENA-CSI. Palmira-Valle. Ficha 3516270. Sábado. horario de 2:00pm a 4:00pm. SENA-CSI
Ficha 3066168.martes. horario de 6:30pm a 10:00pm. SENA-CBI. Palmira-Valle.
Ficha 3385983. miercoles. Horario de 6:00am a 10:00am. SENA-CBI. Palmira-Valle.
Ficha 3160422. miercoles. Horario de 10:00m a 12:00. SENA-CBI. Palmira-Valle.
Ficha 3315661. miercoles. Horario de 2:00pm a 4:00pm. SENA-CBI. Palmira-Valle.
Ficha 3429512. jueves. Horario de 7:00am a 9:00am. CREI. Florida-Valle.

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



CLARA SOPHIA MILLAN BONILLA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

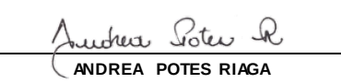
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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 POTES RIAGA
COORDINADORA ACADÉMICA

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
FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

10/ 06/26 14:30:29 USUARIO: SIC - C.C. 34330259

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34330259		MILLAN BONILLA CLARA SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAMPO REAL	POPAYAN-CAUCA	8337282	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	354033514	9505402539	I	2026/06/16	2026/06/01	BANCOLOMBIA	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	34330259	MILLAN CLARA																		230201	30	$1,895,000	$303,200	EPS005	30	$1,895,000	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,895,000	$9,900	0	$0	$0	No	$550,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$9,900		$0	$0		$550,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34330259		MILLAN BONILLA CLARA SOPHIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CAMPO REAL	POPAYAN-CAUCA	8337282	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	354033514	9505402539	I	2026/06/16	2026/06/01	BANCOLOMBIA	0	$550,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$303,200	$0	$0	$303,200
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	$236,900	$0	$0	$236,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

Bancolombia

Comprobante en línea

1 Jun 2026 09:50

Pago PSE

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
186.85.172.210

Fecha
1 Jun 2026 09:50

Referencia 2
CC

Número de factura
9505402539

Referencia 3
34330259

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave 9505402539

Valor del Pago
$550.000

Número de comprobante
TR260601095040DN1D4o

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 8833**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHfgarcia	FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-954410	CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 14 de mayo de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	67326	**Fecha Solicitud**	2026-05-13	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-954410 CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-05-14	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3326	**Dependencia Solicitante**	954445 CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
CLARA SOPHIA MILLAN BONILLA	CC: 34330259	CONTRATISTA INSTRUCTOR	Autorizada	2026-05-21	2026-05-21	VALLE DEL CAUCA / PALMIRA	VALLE DEL CAUCA / FLORIDA	0,5	No	50	0,5	4.737.497,00	251.640,00	125.820,00	75.813,00	201.633,00	Orientar formación profesional integral en el Centro Regional de Educación Integral Florida Valle- ficha 3429512
											Totales Solicitud de Comisión			**125.820,00**	**75.813,00**	**201.633,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Orientar formación profesional integral en el Centro Regional de Educación Integral Florida Valle- ficha 3429512

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	31172270	Nombre:	FANNY MARCELA GARCIA DAVILA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL - VALLE

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO Serial del certificado: 1566035429378378625 Entidad: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO Unidad Organizacional: Persona Juridica Hora de firma: 2026/05/14 15:26:09 -05:00	Cargo:	""	

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHfgarcia	FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-954410	CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 14 de mayo de 2026	

Firma Responsable

Verificado Por:	ANDRES ARTURO GONZALEZ HERNANDEZ	Fecha Verificación:	14/05/2026 6:50:18

Firmado digitalmente por:
Nombre: FANNY MARCELA GARCIA DAVILA
Cédula de ciudadanía: 31172270
Usuario SIIF: MHfgarcia
14/05/2026 3:26:45 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA
Palmira, 6 de junio de 2026

PRESENTADO A:
Fanny Marcela García– Subdirectora de Centro

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
67326	21 de mayo de 2026	21 de mayo de 2026
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
Florida, Valle del Cauca	Valle – Centro Regional de Educación Integral CREI FLORIDA	Florida

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Orientar formación profesional integral en el centro de Regional de Educación integral del municipio de Florida (Valle) a la ficha 3429512

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Actividad de reflexión inicial
2. Actividad lúdica sobre separación y clasificación de residuos
3. retroalimentación y cierre de la formación

RESULTADOS:

1. Verificar las condiciones ambientales y de sst acorde con los lineamientos establecidos para el área de desempeño laboral.
2. Efectuar las acciones para la prevención y control de la problemática ambiental y de sst, teniendo en cuenta los procedimientos establecidos por la organización.

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspon diente en este Informe

1. tabla de residuos peligrosos
2. listado de asistencia

COMPROMISOS

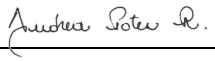
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Actividad de trabajo autónomo sobre los RAEE	Aprendices	28 de mayo de 2026.

CONCLUSIÓNES:
1. Se impartió de manera fluida y sin dificultades la sesión programada para el grupo.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Clara Sophia Millán Bonilla	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinadora académica	Andrea Potes Riaga	

	Versión: 02
	Código: GRF-F-076

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	**FLORIDA-21 DE MAYO DE 2026**	**Código Regional :**	**76**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Clara Sophia Millán Bonilla	**Código Centro:**	**954410**
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	34330259	**Fecha de elaboración:**	6 de junio de 2026

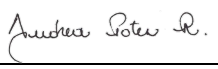
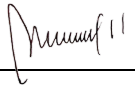
En desarrollo de la comisión No. 67326 ____durante los días___21___del mes de _____mayo_____de__2026_____se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
21 de mayo de 2026	Palmira a Florida	terrestre informal	$9.500
21 de mayo de 2026	Florida a Palmira	terrestre informal	$ 9.500
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		$ 19.000

Para efectos legales el contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.

COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO		ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre completo:	Clara Sophia Millán Bonilla	**Nombre completo:**	Andrea Potes Riaga	**Nombre completo:**	Fanny Marcela Garcia
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.8965273	**Cargo:**	Coordinadora académica	**Cargo:**	Subdirectora Centro de biotecnologia industrial
Firma:		**Firma:**		**Firma:**	

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Palmira, junio de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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:

TI	**1061778804**	**Miguel Angel Millán Bonilla**	**Hijo(a)**

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,



CLARA SOPHIA MILLAN BONILLA
C.C. 34330259

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.061.778.804

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51899457

51899457

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F Z F

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

REGISTRADURIA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MILLAN	BONILLA

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes MAR Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11731808-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MILLAN BONILLA CLARA SOPHIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 34.330.259	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MILLAN BONILLA CLARA SOPHIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 34.330.259	Clara S. Millán B.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes ABR Día 01	VIRGINIA BALCAZAR ORTIZ - REGISTR Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 17387953-9 Adhesivo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:05:51 horas del 10/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **34330259,** Apellidos y Nombres **MILLAN BONILLA CLARA SOPHIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SENA**, con NIT **899999034-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta