C+P 118026 (51)

Sticker web
27/26, 11:33 a.m.
Destino SG - GESTION DOCUMENTAL
INSOR
*20262600006862
No. 20262600006862
Fecha Radicado: 02-JUL-2026 11:32 AM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos:

	PROCESO GESTION FINANCIERA	**Código: FOGF52**
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	**Versión: 3**
		Fecha:27/01/2025

Grupo:	Oficina de Comunicaciones	**Pago No:**	5	**Total de pagos**	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

	BOGOTÁ	**Fecha de presentación(dd-mm-año)**	1/7/2026		
	FELIPE CASAS SANTOFIMIO	**Identificación:**	**Cédula de Ciudadanía**	1022943055	
	3142172417	**Correo electrónico**	felipe.casas@insor.gov.co		

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

	100-2026	**Mes a pagar o fracción de mes a pagar:**	**Mes**	Junio			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	30 días			
	10926	**No RP**	**8026**	**Valor del RP:**	**$ 50.059.152**	**Valor pendiente por pagar:**	**$ 27.760.075**
ato	2/2/2026	**Fecha de acta de inicio:**	2/2/2026	**Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)**		30/12/2026	
buyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	**Novedades del período a pagar**	Sin novedades			**Desde (D/M/A)**	**Hasta (D/M/A)**

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios profesionales para la creación de contenidos videográficos requeridos por el INSOR para la implementación de la estrategia de comunicaciones vigencia 2025.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	**Valor antes IVA**	**4.550.832**
	IVA	**$ -**
	Valor total	**$ 4.550.832**

Valor inicial contrato	**$ 50.059.152**
Adición (en el caso de que aplique)	**$ -**
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	**$ -**
Valor Total:	**$ 50.059.152**
Total Ejecutado	**$ 22.299.077**
Saldo	**$ 27.760.075**
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	**45%**
Porcentaje de Ejecución presupuestal	**45%**

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando. Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
$ 4.095.749	$ 4.550.832	$ 4.550.832	$ 4.550.832	$ -	$ -
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
$ -	$ -	$ -	$ -		
Pago No. 13	**Pago No. 14**	**Pago No. 15**	**Pago No. 16**	**Pago No. 17**	**Pago No. 18**

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MINIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
$ 1.820.332,80	I	$ 227.541,60	$ 291.253,25	$ 9.502,14	N.A.	$ 528.296,99
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		$ 335.000,00	$ 428.800,00	$ 14.000,00	$ 0,00	$ 777.800,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Sanitas	Porvenir	Positiva		
PERIODO DE PAGO	**Mayo**	CUMPLE	CUMPLE	CUMPLE	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6. del Manual de Interventoría y Supervisión. SI_X__

2. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma esporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad sosocial integral. SI_X_

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X_

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el soporte de pago de Seguridad Social Integral que aporto según planila No. 86902459 corresponde al pago del mes de mayo, del contrato de prestación de servicios No. 100 del 2026 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _____, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas jurídicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a título de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	SI	**Certificado de dependientes con anexos**	SI	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	NO	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	NO
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	NO

Facturación Electrónica	NO	Es pensionado	NO	Certificación de pago de parafiscales (personas jurídicas)	No Aplica

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad ☐ Si ☑ No

Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ☐ Si ☑ No

Soy responsable de Facturación Electrónica ☐ Si ☑ No

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientas noventa (790) UVT. ☑ Si ☐ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3, Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro.
Tarifa Adicional ____ ○ Si ● No

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Ejecutar las labores de producción audiovisual requeridas, asegurando la calidad técnica y narrativa de los materiales mediante la adecuada grabación de imagen y sonido, en cumplimiento de los lineamientos institucionales.	1. En el período reportado, realicé la postproducción de los siguientes videos: 1.1. Comunicado Director General sobre CONPES 4198	Felipe Casas / Carpeta Evidencias/junio : 1.1.1 Comunicado Director General sobre CONPES 4198	x	x	x	x	x	x							Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
2.Realizar los procesos de postproducción audiovisual, comprendiendo la edición, montaje, corrección de color, mezcla de audio, integración de gráficos y aplicación de recursos de accesibilidad, conforme a los requerimientos y lineamientos del INSOR.	2. Durante el período reportado, apoyé los siguientes procesos de producción, teniendo en cuenta los criterios de iluminación y fotografía: 2.1.Grabación resumen participación Insor en la Rebdición de Cuentas de Min Igualdad	Felipe Casas / Carpeta Evidencias/junio Obligación 2: 2.1.1 Grabación resumen participación Insor en la Rebdición de Cuentas de Min Igualdad	x	x	x	x	x	x							Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
3. Efectuar el registro audiovisual y/o la transmisión en vivo de las acciones, eventos y actividades institucionales en las que participe el Instituto, garantizando la calidad técnica y comunicativa, en el marco de la estrategia de comunicaciones del INSOR.	3. Durante el período reportado, realicé los siguiente cubrimientos institucionales: 3.1. Cubrimiento participación director general en la Rendición de Cuentas de Min Igualdad. 3.2 Participación Director General Grabación programa "Echele ojo" Canal Institucional 3.3 Participación Director General Lanzamiento Lanzamiento y Socialización de la Política Nacional de Discapacidad 3.4 Participación Director General Foro revista cambio	Felipe Casas / Carpeta Evidencias junio// Obligación 3.1.1 Cubrimiento participación director general en la Rendición de Cuentas de Min Igualdad. 3.2.1 Participación Director General Grabación programa "Echele ojo" Canal Institucional 3.3.1 Participación Director General Lanzamiento Lanzamiento y Socialización de la Política Nacional de Discapacidad 3.4.1 Participación Director General Foro revista cambio	x	x	x	x	x	x							Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
4. Contar con el equipo técnico y tecnológico requerido, incluyendo cámara, herramientas de grabación, equipo de edición y software de procesamiento audiovisual, para la ejecución de los procesos de preproducción y postproducción de los contenidos solicitados por el INSOR.	Durante el período reportado, puse a disposición el siguiente equipo tecnológico: 1.(1) MacBook PRO 2.(1)Cámara de video Sonny alpha 7III 3.(2)Micrófonos de solapa Hollyland	No aplica	x	x	x	x	x	x							Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas
5. Cumplir con las demás actividades necesarias para garantizar el adecuado desarrollo del objeto contractual, cuando así lo requiera la supervisión del contrato.	Durante el período reportado, se dio cumplimiento a las demás actividades requeridas por la supervisión del contrato, orientadas a garantizar el adecuado desarrollo del objeto contractual. Asistí a las sigueinte reuniones: 1. Reunión tráfico Equipo de Comunicaciones junio 9 2. Reunión tráfico Equipo de Comunicaciones junio 16	Felipe Casas / Carpeta Evidencias/junio Obligación 5: 1. Reunión tráfico Equipo de Comunicaciones junio 9 2. Reunión tráfico Equipo de Comunicaciones junio 16	x	x	x	x	x	x							Las evidencias soportan las actividades ejecutadas e informadas

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS M/D83

VALOR CON IVA INCLUIDO	$ 4.550.832
VALOR EN LETRAS	CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JOSÉ FERNANDO DUQUE GALLEGO

CARGO: ASESOR DIRECCIÓN GENERAL

C.C: 10.276.420 **Correo electrónico: jose.duque@insor.gov.co**

Felipe Casas

FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

NOMBRE DEL CONTRATISTA: FELIPE CASAS SANTOFIMIO

Correo personal: felipecasassantofimio@gmail.com

C.C: 1022943055

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022943055	FELIPE CASAS SANTOFIMIO		CL 152 # 45-95	3142172417	FELIPECASASSANTOFIMIO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86902459	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$780.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	335.000	0		0		0	4	1.000	0	336.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	428.800	0	0	0	0	4	1.300	0	430.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.000				14.000	4	100	14.100			140	14.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	335.000	336.000
Pensión	1	428.800	430.100
Riesgos Laborales	1	14.000	14.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	777.800	780.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022943055	FELIPE CASAS SANTOFIMIO		CL 152 # 45-95	3142172417	FELIPECASASSANTOFIMIO@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86902459	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$780.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022943055	CASAS SANTOFIMIO FELIPE	59	0			N																	23-0301	2.680.000	30	429.800	0	0	0	0	EPS005	2.680.000	30	335.000	14-23	2.680.000	30	1	14.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1014744621

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59423679

59423679

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 40 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 F

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASAS	VALENCIA

Nombre(s): SIMON

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes ENE Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ----------BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ----------	15044090-0

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: VALENCIA RECAMAN JUANITA ----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.061.723.778 DE POPAYAN	COLOMBIANA

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: CASAS SANTOFIMIO FELIPE----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.022.943.055 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASAS SANTOFIMIO FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA No.1.022.943.055 DE BOGOTA D.C.	Felipe Casas

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 2019 Mes ENE Día 25	VICTORIA C. SAAVEDRA S. / VICTORIA C. SAAVEDRA S. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

COMO NOTARIA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO COSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. 25 ENE 2019 BOGOTA D.C.

VICTORIA C. SAAVEDRA S. Notaria

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES